

HAMANI OUMAROU

COORDINATION ET PRÉFACE DE JEAN-PIERRE OLIVIER DE SARDAN

LES PRATIQUES FAMILIALES
ESSENTIELLES (PFE) AU NIGER

SOCIO-ANTHROPOLOGIE
D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE

FÉVRIER 2013

SOMMAIRE

PREFACE	1
<i>LE PROJET PFE.....</i>	<i>5</i>
<i>LE PROJET « FILETS SOCIAUX »</i>	<i>12</i>
<i>CONCLUSION.....</i>	<i>13</i>
LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE) SOCIO- ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION A BASE COMMUNAUTAIRE.....	15
INTRODUCTION GENERALE.....	15
II. LES CONTEXTES SOCIAUX D'INTERVENTION DU PROJET PFE : QUELQUES CAS.....	17
LE QUARTIER DE BAGALAM A MARADI, ENTRE MODERNITE ET TRADITION	17
MOULLE, VILLAGE DE LA COMMUNE DE SARKIN YAMMA.....	17
GARIN DOGO, « ETRE COMME LE VILLAGE DE KOLIA »	19
LE VILLAGE DE BANDE DANS LA COMMUNE RURALE DE YAOURI.....	20
HAMIDAWA, LE VILLAGE TEMOIN EN ATTENTE DES PFE	23
LES VILLAGES DE TAHOUA	23
<i>LA DISPONIBILITE DE L'EAU POTABLE.....</i>	<i>24</i>
<i>EXISTENCE DE LATRINES.....</i>	<i>24</i>
<i>DES DYNAMIQUES ORGANISATIONNELLES PREEXISTANTES.....</i>	<i>24</i>
III. LES OBJECTIFS, LA METHODOLOGIE ET LES DIFFICULTES DE L'ENQUETE.....	27
LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	27
LA METHODOLOGIE.....	27
<i>LE CHOIX DES SITES.....</i>	<i>27</i>
<i>LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE</i>	<i>30</i>
<i>LES "ACTEURS STRATEGIQUES" RENCONTRES</i>	<i>31</i>
<i>LES REUNIONS PERIODIQUES D'ECHANGE</i>	<i>32</i>
QUELQUES DIFFICULTES RENCONTREES	32
<i>L'INSTABILITE DE L'EQUIPE DE RECHERCHE.....</i>	<i>32</i>
<i>L'ABSENCE D'UNE SITUATION DE REFERENCE</i>	<i>33</i>
<i>LA PERIODE DE L'ENQUETE.....</i>	<i>33</i>

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

IV. LE DISPOSITIF D'INTERVENTION DU PROJET <i>PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES</i> (PFE)	35
<i>LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES</i>	35
<i>LES ACTEURS DU PROJET</i>	39
<i>LES AUTRES ACTEURS</i>	41
LE FONCTIONNEMENT AU QUOTIDIEN DU DISPOSITIF	42
CONCLUSION.....	52
V. LE LAVAGE DES MAINS AU SAVON	55
OBSERVATIONS DANS UN MENAGE VULNERABLE A MOULLE	55
CONNAISSANCES ET DISCOURS SUR LE LAVAGE DES MAINS	56
<i>LE NIVEAU DE CONNAISSANCE ET LES CANAUX D'INFORMATION</i>	57
<i>LES PERCEPTIONS DES COMMUNAUTES VILLAGEOISES AUTOUR DU LAVAGE DES MAINS</i>	58
LA DISPONIBILITE DU SAVON DANS LES VILLAGES VISITES	60
<i>LES TYPES DE SAVON ET LEUR UTILISATION</i>	60
LA CENDRE, TOKA, COMME ALTERNATIVE AU SAVON	61
LE LAVAGE DES MAINS AU SAVON COMME CONTRAINTE	63
<i>LES CONTRAINTES AU NIVEAU INDIVIDUEL : « QUELQU'UN QUI A FAIM PEUT-IL SE DONNER LE LUXE D'ACHETER DU SAVON ? »</i>	63
<i>LES CONTRAINTES AU NIVEAU DU VILLAGE</i>	65
QUELQUES LIMITES DU DISPOSITIF DE COMMUNICATION	68
<i>LA DERESPONSABILISATION DES HOMMES</i>	68
<i>LE FAIBLE EFFECTIF DES RELAIS COMMUNAUTAIRES</i>	69
LE LAVAGE DES MAINS : QUELQUES BONNES PRATIQUES	69
VI. L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF (AME) ET L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE APRES SIX MOIS	73
L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF.....	74
<i>LES REPRESENTATIONS ET SEMIOLOGIES AUTOUR DU LAIT : LE « BON » ET LE « MAUVAIS » LAIT</i>	74
<i>LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF</i>	76
CONCLUSION.....	83
L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE APRES SIX MOIS.....	83
<i>LES OBSTACLES A L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE</i>	83
<i>LES REINTERPRETATIONS DES PRECONISATIONS RELATIVES A L'ALIMENTATION DE COMPLEMENT</i>	86
VII. LE RECOURS AUX CENTRES DE SOINS	91
LE CONTEXTE DES CENTRES DE SOINS	91
<i>LA POLYPHONIE AUTOUR DU RECOURS AUX CENTRES DE SOINS</i>	91
<i>LES CONSULTATIONS PRENATALES ET NOURRISSONS</i>	93
<i>LA DISTANCE QUI HANDICAPE (LA PROXIMITE DES STRUCTURES DE SANTE)</i>	93
<i>LA RELATION AVEC LES FORMATIONS SANITAIRES</i>	95
<i>LES MESURES INCITATIVES</i>	97
<i>LE SUIVI COMMUNAUTAIRE DES GROSSESSES</i>	99
<i>LES OBSTACLES AU RECOURS AUX CENTRES DE SANTE</i>	100

VIII. LES REPRESENTATIONS AUTOUR DE LA DIARRHÉE, DU PALUDISME ET DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES	103
LA DIARRHÉE	103
<i>LES PRECONISATIONS DES RELAIS COMMUNAUTAIRES : « ALLER AU CSI DE BAGALAM ! »</i>	103
<i>LES TYPES DE DIARRHÉE, LES CAUSES ET LEUR TRAITEMENT</i>	104
LE PALUDISME	108
<i>LES SIGNES DU PALUDISME SELON LES ENQUÊTES</i>	108
<i>LES TYPES DE TRAITEMENT DU PALUDISME</i>	110
<i>LES MESURES DE PREVENTION DU PALUDISME</i>	111
LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES.....	115
<i>LES CARACTERISTIQUES DES IRA SELON LES POPULATIONS</i>	115
IX. LES FILETS SOCIAUX A TAHOUA (BOUZA ET ILLELA)	119
INTRODUCTION : LES FILETS SOCIAUX DANS UN CONTEXTE DE DEFICIT ALIMENTAIRE	119
<i>LE CIBLAGE DES BENEFICIAIRES</i>	119
<i>LE DISPOSITIF D'ENCADREMENT PFE ET FILETS SOCIAUX</i>	121
<i>LE DISPOSITIF DE DISTRIBUTION DES FONDS, UN DISPOSITIF TRANSPARENT</i>	122
LES FILETS SOCIAUX DANS LES VILLAGES CONCERNES	123
<i>LA GESTION DES FONDS PAR LES BENEFICIAIRES</i>	123
<i>LES DYNAMIQUES ASSOCIATIVES INDUITES PAR LE PROJET FILETS SOCIAUX</i>	124
<i>L'UTILISATION DES FONDS « FILETS SOCIAUX »</i>	125
<i>LES EFFETS SOCIAUX AU SEIN DES MENAGES VULNERABLES BENEFICIAIRES</i>	128
LA PERCEPTION DES FILETS SOCIAUX PAR LES POPULATIONS	130
<i>LE REGISTRE DE L'APPRECIATION ET DE LA SOLIDARITE</i>	130
<i>LE REGISTRE DE LA CRITIQUE ET DE LA FRUSTRATION, « KOMA BAYA »</i>	131
<i>LA RHETORIQUE COMMUNAUTAIRE : « C'EST TOUT LE VILLAGE QUI EN BENEFICIE »</i>	132
QUELQUES REALITES CACHEES DES « FILETS SOCIAUX ».....	132
<i>LA COEXISTENCE DE DEUX CATEGORIES DE BENEFICIAIRES DES FILETS SOCIAUX</i>	132
<i>MULTIPLICITE DE NIVEAUX DE PONCTION SUR LES FILETS SOCIAUX : "LA" BENEFICIAIRE ET UN RESEAU DE BENEFICIAIRES</i>	133
CONCLUSION.....	137

PRÉFACE

Le rapport d'Oumarou Hamani permet de situer le projet PFE (pratiques familiales essentielles) de l'UNICEF au Niger dans toute la complexité de son contexte local, de façon très riche et très complète, bien que non quantifiée. En ce sens, il correspond bien à ce qu'on peut attendre des travaux du LASDEL, qui se distinguent nettement à cet égard de la grande majorité des rapports d'expertise ou d'évaluation¹.

Il met donc en évidence un certain nombre de décalages entre la cohérence sur le papier d'un programme d'intervention et les effets multiples et souvent inattendus de sa mise en œuvre dans un milieu social soumis à de nombreuses contraintes et traversé de multiples logiques.

Nous nous intéresserons d'abord au projet PFE proprement dit, puis au projet « filets sociaux » de la Banque mondiale et à son articulation avec le projet PFE dans la région de Tahoua

Le projet PFE

Il faut d'abord souligner le fait que le projet PFE apparaît comme un succès en tant qu'entreprise de communication. Dans les villages de communes de Sarkin Yama et de Yaouri et le quartier Bagalam de Maradi où a été menée l'enquête, les femmes concernées par le projet semblent assez généralement au courant des principaux messages des PFE, et les restituent assez bien dans leurs grandes lignes. Il faut certes rappeler que ces messages n'ont pas commencé avec le projet PFE, et ont pour la plupart été diffusés (sous d'autres noms) dans le pays depuis plus de 30 ou 40 ans : dès l'animation rurale sous le régime PPN-RDA du Président Diori, la nécessité d'amener les enfants dans les centres de santé ou le lavage des mains avaient été promus. La sensibilisation en faveur de l'allaitement maternel, de l'alimentation de complément après 6 mois, de l'administration de SRO en cas de diarrhée, ou de l'usage de moustiquaires imprégnées ne date pas d'hier. *Mais le projet PFE, avec son réseau dense de « relais communautaires » bénévoles,*

¹ Cf. par exemple Ardei, F. & al. 2012 *Promotion of Key Family Practices in the Tanout and Magaria departments, Zinder region, Niger*, Field Actions Science Reports, 5. Cette évaluation menée en 2011-12 sur un programme PFE de la Croix Rouge française dans la région de Magaria est fondée uniquement sur des questionnaires, et se contente pour l'essentiel de donner et commenter des chiffres sur les activités réalisées : 950 sessions de sensibilisation, 450 réunions communautaires, 224 démonstrations culinaires, 2.172 visites à domicile... Non seulement rien n'est dit sur la qualité de ces activités, mais surtout, à l'issue de ce rapport, aucun problème n'est soulevé, que ce soit quant aux pratiques réelles des PFE ou relativement au fonctionnement «sur le terrain » du programme...

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

bien insérés de façon générale dans leurs communautés, faisant des visites régulières à domicile, avec un encadrement rapproché par des animateurs salariés, a sans conteste réactivé, rafraîchi, systématisé et complété ces messages.

A première vue, non seulement les femmes ont entendu ces messages, mais elles se les ont appropriés, et les mettent fréquemment en pratique. De nombreuses déclarations de femmes ou de chefs de village insistent en effet sur le bien-fondé des PFE, et sur le fait qu'elles sont adoptées. Les statistiques produites par les ONG du projet PFE évoquent des taux d'adoption parfois exceptionnels dans certains villages (entre 93% et 100% d'adoption à Garin Dogo, dont 3 PFE adoptées à 100% !)

Mais pourtant le doute s'installe chez le chercheur qui veut aller au-delà de ces premières déclarations. En effet, certains entretiens démentent directement cette belle histoire, d'autres la mettent indirectement en question en soulignant les multiples contraintes qui freinent l'adoption, et enfin, ou surtout, diverses observations confirment que *les propos tenus face à des enquêteurs étrangers et les pratiques réelles ne coïncident pas bien souvent.*

Prenons un exemple tiré du rapport d'Oumarou Hamani, parmi bien d'autres. Alors que l'allaitement exclusif fait l'objet d'une large adhésion verbale des femmes face à un animateur ou à un enquêteur extérieur au village, on ne peut qu'être sceptique devant sa pratique réelle quand on fait la liste de tous les obstacles qui se dressent face à son adoption tels que l'enquête nous les révèle : les belles-mères poussent à l'administration de décoctions traditionnelles fortifiantes et protectrices (*dauri*) ; dans le même esprit et avec les mêmes objectifs, il est fréquent de consulter un marabout pour en obtenir une eau dans laquelle l'encre de versets du Coran a été diluée (*rubutu*) et qui sera donnée à boire au nourrisson ; face à un lait maternel considéré parfois comme impropre ou qui est insuffisant, des compléments s'imposent ; certains bébés sont confiés à une grande sœur quand la mère doit aller aux champs ; et enfin qui va oser refuser de donner de l'eau à boire à un bébé qui a soif par 45°C de chaleur ? ² On voit donc tout un entrelacs complexe de motivations qui s'opposent à une observance rigoureuse de l'allaitement maternel exclusif : elles mêlent le bon sens commun (donner de l'eau

² L'étude de Nancy Keith (2007 "Qualitative study on nutrition behaviors of pregnant and lactating women and children under two, including hygiene and micro-nutrients, in Tahoua, Niger", Niamey : UNICEF) montre que dans les sites investigués (Abalak, Tabalak et Bambey) aucune mère ne pratique l'allaitement exclusif dans les 6 premiers mois, bien que 86% déclarent avoir l'intention de le pratiquer ! Elles donnent de l'eau (toutes), du *bauri* (dans la moitié des cas) ou parfois de la bouillie (*fura*). Apaiser la soif est la principale raison pour donner de l'eau, mais Keith mentionne que, souvent, les mères donnent de l'eau après la tétée, parce que le lait est « chaud » ou « sucré ». Pour des informations sur l'allaitement, le sevrage et les diarrhées infantiles en pays hausa cf. Keith, N. 1991 *Feeding, weaning and diarrhea illness in young Hausa children in Niger*, Lansing: Michigan State University, doctoral dissertation. Cf. aussi les résultats de l'enquête CAP de Koné, M. & Keith, N., 2007 « Etude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des communautés/populations vis à vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune enfant dans la région de Maradi, Niger », Niamey: UNICEF.

à boire par fortes chaleurs), les contraintes matérielles (confier un bébé quand on va cultiver), les habitudes culturelles et magico-religieuses (*dauri* et *rubutu*) et la pression des grands-mères...

Il en est de même avec le lavage des mains au savon et ses huit étapes. Largement adopté dans les mots, il l'est beaucoup moins dans les actes : il suffit d'observer un baptême, ou même un simple repas familial. Les raisons en sont multiples. Le savon coûte cher (autour de 3.000 FCFA par mois), l'eau propre est payante et pas toujours accessible, les habitudes sont ancrées, les étapes préconisées sont trop complexes, les ablutions pour la prière sont prioritaires, on lave les mains après les repas plutôt qu'avant et, le plus souvent, sans savon, etc.³

On peut multiplier les exemples : les latrines construites dans un village pourtant considéré comme « modèle » et particulièrement propre, Garin Dogo, se sont effondrées pour la plupart ; les aliments de complément préconisés pour l'enfant après 6 mois sont parfois inexistantes localement (produits de maraîchage) ou intégralement vendus sur le marché (niébé).

On a donc le sentiment, en lisant le rapport de Hamani, que les PFE, dont personne ne peut certes mettre en doute le bien-fondé en termes de santé publique, sont assez largement, *dans la forme standardisée sous laquelle elles sont promues*, inadaptées au contexte concret des villages nigériens. Elles sont, autrement dit, pour une bonne part, « irréalistes » si l'on prend en compte les contraintes matérielles, économiques et culturelles des femmes auxquelles elles s'adressent. Ce n'est donc pas seulement, ou même principalement, un problème de connaissances et de sensibilisation, contrairement à la stratégie adoptée par les institutions qui promeuvent les PFE.

On pourrait dès lors, si on accepte ce constat, en déduire la proposition suivante : on ne peut se contenter de présenter les messages hygiénistes et sanitaires des PFE dans une *forme* adaptée culturellement au contexte local, comme diverses théories de la communication le préconisent, et comme sans doute les meilleurs relais communautaires du projet PFE le font, mais il conviendrait peut-être de *modifier les messages eux-mêmes, afin qu'ils tiennent compte des multiples contraintes locales*. Autrement dit, il ne s'agirait pas tant de rechercher un « bon emballage culturel » pour un « paquet » pré-existant de PFE techniquement irréprochables que de

³ Mariatou Koné a de son côté souligné, sur les mêmes thèmes (pour la commune de Sarkin Yamma) le contraste entre les discours des femmes, qui connaissent les PFE et disent les approuver, et leurs pratiques, très différentes : faible utilisation des moustiquaires imprégnées par les femmes et les enfants, faible lavage des mains à l'eau et au savon par tous les membres de la famille, non respect généralisé de l'allaitement maternel exclusif (cf. Koné, M. 2008 « Recensement et analyse des facteurs structurels et comportementaux relatifs à l'adoption de quatre pratiques familiales essentielles dans la commune de Sarkin Yamma, département de Madarounfa : utilisation de la moustiquaire imprégnée, lavage des mains à l'eau, utilisation du sel de réhydratation orale (SRO) et allaitement maternel exclusif », Niamey : UNICEF.

rechercher plutôt un *compromis* entre les normes hygiénistes et sanitaires mises au point par les spécialistes de santé publique et les *normes sociales et pratiques* suivies par les mères nigériennes. Cela déboucherait inévitablement sur des « *second best solutions* », moins optimales (en termes de santé publique), mais plus réalistes, car ayant plus de chance d'être adoptées.

Prenons un exemple très simple déjà évoqué : le lavage des mains. Le savon Lavibel systématiquement préconisé est sûrement le meilleur d'un point de vue prophylactique, mais il est de loin le plus cher et le moins durable; on pourrait envisager de proposer d'autres savons, même s'ils sont moins efficaces... Les huit étapes du lavage des mains sont sûrement le « *must* » en termes d'hygiène corporelle, mais elles impliquent un travail de mémorisation improbable et fastidieux ; on pourrait envisager deux ou trois étapes seulement... En diffusant des messages « non réalistes », on court évidemment le risque de prêcher dans le désert, d'être contre-productif, et d'accroître le fossé entre discours et pratiques, quand bien même ces messages sont émis en hausa par des voisins du village... C'est aussi le cas lorsque les relais recommandent à des femmes qui connaissent bien la diversité des formes de diarrhée, et leur gravité très variable⁴, de consulter un infirmier dès les deuxièmes selles diarrhéiques de l'enfant, dans un contexte où celles-ci sont fréquentes et où ladite consultation implique des kilomètres de marche, et parfois une longue attente : qui suivra véritablement ce conseil radical ?!!

Mais alors pourquoi cette adhésion de façade chez nos interlocutrices ? La réponse est simple. Des dizaines d'années de messages hygiénistes et sanitaires normatifs, par le biais des agents de santé, des médias, des projets, ont habitué les villageoises et les villageois à donner « les bonnes réponses » face à l'extérieur. Il faut apparaître comme de « bons élèves » face aux commis et aux lettrés. Les stratégies « assistancialistes », visant à attirer au village les aides et les « projets », amplifient ce phénomène. Une bonne observance au moins « verbale » des consignes diffusées par les services techniques ou les multiples animateurs qui se sont succédé dans les campagnes est perçue comme un « ticket d'accès » à de nouveaux projets, donc à de nouvelles ressources. La pratique est une autre affaire...

C'est sans doute ce qui explique le zèle quelque peu inhabituel des autorités villageoises et des notables de Bandé pour faire respecter les PFE. Il s'agit en effet d'un village nouveau, qui cherche à asseoir sa légitimité face à l'extérieur. Contrairement à bien des villages, il n'a jamais encore bénéficié de « projet » (mis à part le projet ATPC sur l'hygiène et l'assainissement de l'UNICEF, dont le projet PFE apparaît comme le prolongement direct). Le projet PFE est donc vécu par les dirigeants du village comme une opportunité inespérée, le début d'une collaboration avec des bailleurs de fonds, qu'il ne faut à aucun prix décevoir.

⁴ Certaines diarrhées sont mêmes considérées comme bénéfiques, constituant en quelque sorte des purges naturelles.

Certes, il n'y a jamais un seul facteur explicatif. La personnalité du chef joue, comme la petite taille du village. Intervient aussi le fait que les vieilles femmes (celles-là même qui poussent à la permanence des pratiques traditionnelles) délaissent chaque année le village pour une migration atypique vers Tanout ou Agadez, où beaucoup s'adonnent à la mendicité.

La réussite apparente des PFE dans ce village (sous réserve d'une enquête observationnelle fine : cf. infra) tient donc moins à l'efficacité du dispositif des PFE en lui-même qu'à des circonstances exceptionnelles. Il en est de même à Garin Dogo, où les bons résultats officiels peuvent s'expliquer par le très important investissement personnel d'un relais communautaire lettré qui transforme les autres en assistants personnels, et l'autoritarisme d'un chef faisant des visites de contrôle et menaçant les contrevenantes d'être mise au ban du village...

Mais venons-en au dispositif de promotion des PFE proprement dit. Au-delà de son efficacité en termes de communication, un certain nombre de problèmes structurels se dégagent du rapport d'Hamani. Nous les regrouperons en cinq points.

La qualité de l'ONG sous-traitante et de ses animateurs

La différence entre les villages des communes de Sarkin Yama et de Yaouri (où le dispositif est mieux intégré et semble plus efficace) et les quartiers de Maradi (où les résultats semblent médiocres) tient pour une part aux ONG à qui la SNV a confié la mise en œuvre du projet. Le succès relatif d'Al Ulmma tient à son expérience antérieure dans la santé, sur la même zone, et au fait que cette ONG a recruté des animateurs eux-mêmes agents de santé, issus des écoles de santé et de l'INJS.

Nous en prendrons pour exemple le CSI de Yaouri, dont dépend le village « bien noté » de Bandé. Les animateurs du projet PFE de cette zone se sont de fait placés sous l'autorité du chef CSI, en manque de personnel, qu'ils assistent dans ses tâches quotidiennes. Cela leur permet d'un point de vue thérapeutique de « se faire la main » (ou de la « garder »), tout en accroissant leur légitimité aux yeux de la population. Cette bonne collaboration est évidemment un facteur très positif, qui implique en outre directement dans les PFE le chef CSI, qui est un infirmier semble-t-il efficace et apprécié des populations. Mais une telle collaboration n'est pas prévue dans le dispositif lui-même (cf. infra à propos des acteurs stratégiques non prévus).

Le problème du statut bénévole des « relais communautaires »

Comme dans tous les projets qui recourent à des médiateurs bénévoles issus des communautés locales, le statut de ces derniers repose sur un profond malentendu. Pour les initiateurs (en l'occurrence UNICEF et SNV), ils travaillent pour le bien

commun, au nom de la collectivité, et ce militantisme civique n'a pas à être rémunéré. Pour les intéressés, accepter ce bénévolat n'est qu'une étape transitoire obligée, non légitime sur le fond, mais qu'ils acceptent essentiellement dans l'espoir d'obtenir des avantages matériels ou symboliques collatéraux (par exemple un accès privilégié aux CSI) ou d'être embauchés par la suite, par ce projet ou par son successeur. Après quelques mois, de nombreux relais abandonnent faute de ne voir rien venir, d'autant que les conditions de travail ne sont pas si faciles.

Les conditions de travail concrètes des relais

Ce n'est en effet pas un mince travail que de faire la tournée hebdomadaire de nombreuses concessions, discuter avec les femmes qui y résident et les conseiller, remplir le cahier de suivi ou des fiches ... Le nombre de concessions à visiter est parfois incroyablement élevé dans certains villages (comme à Moullé) ou dans le quartier Bagalam de Maradi. Dans le village de Moullé, si les relais passent une journée hebdomadaire de 6 heures 30 entièrement consacrée aux visites dont ils ont la charge, ils n'ont que 15,6 mn en moyenne, déplacements et salutations compris, à consacrer à chaque concession ! Le remplissage du cahier de suivi est une tâche bureaucratique fastidieuse, sans compter le fait que certains relais ne sont pas alphabétisés, contrairement aux consignes données par les ONG pour leur recrutement (consignes d'ailleurs trop complexes et non suivies !), et doivent demander l'aide d'un jeune lettré ou d'un autre relais.

Outre ces visites à domicile, les relais doivent assister à diverses réunions, ou assemblées.

Les relais qui continuent à faire leur travail alors que certains autour d'eux ont déjà abandonné sont quelque peu découragés, et l'on peut penser que le caractère de plus en plus routinier de leurs visites à domicile peut suivre une loi des rendements décroissants...

La non prise en compte d'acteurs stratégiques dans les arènes locales

On a vu plus haut que l'implication d'un chef CSI et de ses agents pouvait être capitale. Or ceux-ci n'ont été que « sensibilisés » ponctuellement par le projet PFE ; et ils restent en général à sa marge ou même à l'extérieur, ce qui est surprenant pour un projet centré sur la santé. Les agents de santé sont pourtant les premiers concernés, et, dans ce domaine, les plus légitimes, en particulier au niveau villageois.

D'autres acteurs institutionnels tout aussi centraux ont complètement été « oubliés » : il s'agit des communes. Les maires et les élus municipaux ont pourtant dans leurs compétences la santé et l'hygiène. Ils sont officiellement les partenaires de références pour toutes les interventions extérieures, les mieux à même de prendre le relais lorsqu'un projet a fini son temps, mais il est vrai que le

projet PFE n'est pas le seul à les ignorer et que nombre de projets les contournent encore.

On peut aussi penser que certains services déconcentrés de l'Etat auraient pu être associés avec profit : les services de l'hygiène et de l'assainissement, de l'hydraulique, du développement communautaire et de l'éducation nationale.

Enfin, des actions en direction des maris auraient pu être envisagées : ce sont eux qui sont dans les ménages les responsables des dépenses de santé, et ils jouent un rôle important et parfois décisif dans nombre de décisions concernant les PFE (comme l'achat de savon et d'aliments de compléments pour l'enfant ou la construction de latrines), sans oublier qu'ils détiennent aussi un pouvoir de nuisance de fait (interdiction à la femme d'aller dans une formation sanitaire, par exemple...).

L'absence d'évaluation indépendante fondée sur l'observation fine des pratiques

Cet écart entre discours et pratiques que nous avons souligné plus haut est fréquent dans les actions de développement⁵. Il pose évidemment un redoutable problème d'évaluation des PFE, que notre équipe a perçu, mais qu'elle n'a pu, vu les conditions de l'enquête (époque, temps imparti, ampleur du sujet), résoudre par elle-même.

Se baser, pour avoir une idée de l'appropriation « réelle » des PFE par les femmes, sur des enquêtes par questionnaires, ou sur les chiffres fournis par les ONG menant l'intervention⁶, semble en effet complètement inadapté. Notre approche qualitative permet, quant à elle, de constater le problème, mais pas d'en donner une évaluation chiffrée.

Nous pensons qu'il faut concevoir un dispositif de suivi et d'évaluation spécifique, ayant en particulier les propriétés suivantes :

- *Il doit être indépendant des ONG de mise en œuvre.*
- *Il doit être fondé sur l'observation in situ (dans les concessions) des pratiques des femmes.*
- *Il ne doit pas être perçu dans les villages d'enquête comme lié au projet PFE (ce qui évidemment créerait un biais susceptible de modifier intentionnellement les pratiques devant l'observateur).*

⁵ C'est une forme particulière de ce qui a été appelé « *implementation gap* » (écarts entre une action prévue et sa mise en œuvre effective). Cet « *implementation gap* » est généralisé dans les politiques publiques où que ce soit, mais il est bien plus important encore dans ce type particulier de politiques publiques que sont les projets de développement.

⁶ L'UNICEF, peu présente sur le terrain dans le cadre du suivi des activités, se contente, le plus souvent, des statistiques collectées, produites et transmises par les ONG de mise en œuvre des PFE qui se retrouvent ainsi être juges et parties.

- *Il pourrait s'opérer sous forme d'une veille sociologique étalée sur plusieurs années, avec des passages réguliers pour observation dans des villages témoins.*

Le projet « filets sociaux »

Nous finirons par quelques remarques sur le projet « filets sociaux ». Celui-ci pose en effet des problèmes spécifiques.

Ce projet repose sur le ciblage social, mais dès le point de départ les méthodes de ciblage ont été critiquées par les populations. Elles semblent en effet critiquables. Les communautés ont été complètement ignorées à cette étape, bien que le ciblage des familles vulnérables sur la base de critères locaux partagés ait fait ailleurs ses preuves⁷. C'est une méthode « technocratique » et « externe » qui a été mise en œuvre par le moyen d'une enquête par questionnaires auprès de tous les ménages des zones concernées sur la base d'indicateurs de niveau de consommation des ménages, afin d'opérer la sélection des bénéficiaires. Or, d'une part le questionnaire, élaboré aux Etats-Unis, était inadapté aux conditions locales, et d'autre part, un certain nombre de réponses ont été, de l'avis de nos interlocuteurs, entachées de « tricheries » permettant à des familles non vulnérables de pouvoir entrer dans la catégorie ciblée.

Par ailleurs, l'attribution d'une somme mensuelle de 10.000 FCFA versée à une femme au sein des ménages ainsi sélectionnés a soulevé diverses formes de frustrations et contestations, non pas sur les modalités de versement (tout le monde s'accorde à en louer la transparence) mais quant à son usage. Elle n'a en effet pas tenu compte de deux contraintes structurelles fortes des familles nigériennes : les habitudes budgétaires et la polygamie.

Les budgets féminin et masculin sont séparés. C'est à l'homme qu'incombe les dépenses alimentaires communes de base, et diverses autres dépenses d'intérêt général (frais de santé, vêtements, savon, etc.). La femme a, de son côté, la maîtrise de ses propres revenus et dépenses. En donnant à une épouse une somme destinée à profiter à toute la famille, on empiète sur les responsabilités de l'homme. Certains maris exigent ainsi de leur épouse qu'elle lui reverse ladite somme, et certaines épouses le font d'elles-mêmes...

D'autre part, dans un contexte où les familles polygames sont les plus nombreuses (contrairement à une idée reçue la polygamie n'est pas absente au sein des ménages pauvres), une seule épouse bénéficie du filet social, ce qui n'est pas sans poser de problème pour les autres. De plus, elle peut garder la somme pour elle-même, et accroître son capital personnel (en achetant des petites ruminants), au lieu d'en faire bénéficier l'ensemble de la famille, suscitant ainsi d'autant plus la jalousie ou les protestations de ses co-épouses.

⁷ Cf. par exemple Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P. A., et al., 2010 "A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64: 10-15.

Enfin, les usages faits des sommes versées ne correspondent pas nécessairement aux attentes du projet. Par exemple, une partie est le plus souvent redistribuée aux voisines, co-épouses ou parentes. Il est vrai que le projet laisse aux femmes bénéficiaires la liberté d'utiliser ce revenu mensuel comme bon leur semble. Mais en même temps les agents du projet font pression pour un « bon usage » des 10.000 FCFA, sous deux formes d'ailleurs étonnamment contradictoires.

D'un côté ils recommandent la constitution de groupements de crédit (les *asuusu*, ou tontines dites « améliorées ») regroupant les bénéficiaires. De l'autre côté ils recommandent que ces sommes puissent servir à la mise en œuvre des PFE. Mais dans le premier cas les sommes sont épargnées en vue d'un investissement féminin personnel (petit ruminant pour embouche ; commerce). Dans le second cas, elles devraient servir à de menus dépenses liées à la santé et à l'hygiène des enfants.

Ces deux options ne sont pas sans problèmes. Les groupements féminins sont perçus par les femmes comme une conditionnalité du projet. Quant aux dépenses pour les PFE, il faut rappeler qu'elles incombent pour la plupart au mari...

De façon générale, l'articulation entre le projet filet social et le projet PFE semble assez faible.

Conclusion

Les deux projets ont en commun de se présenter sous la forme d'un « package » technique et institutionnel standardisé élaboré totalement hors du contexte nigérien, mais qui aurait fait ses preuves ailleurs, dans d'autres contextes. C'est l'approche communautaire pilotée directement par les projets qui est censée permettre l'adaptation au contexte local, par le biais d'un réseau d'animateurs professionnels et de relais bénévoles, mais sans toutefois modifier d'aucune façon le « package ». Deux problèmes majeurs nous semblent alors émerger de tels dispositifs :

1. L'option « communautaire » choisie aboutit en fait à privilégier une architecture institutionnelle entièrement mise sur pied de toutes pièces par le projet et ses sous-traitants, aux dépens de la collaboration avec les institutions publiques et ses acteurs. Celle-ci ne devrait-elle pas être envisagée et promue ?
2. Le package proposé est en décalage et parfois en contradiction avec un nombre important de pratiques, de structures et de contraintes locales, malgré les discours tenus vis-à-vis de l'extérieur. Ce package ne devrait-il pas être revu ?

Les deux types de projets semblent en tout cas promis à un certain avenir au Niger. L'amélioration des pratiques familiales concernant l'hygiène et la santé restera longtemps encore un objectif de santé publique incontournable. Quant à la formule du filet social, elle avait un caractère expérimental, mais vient désormais d'être généralisées. Par ailleurs, on assiste à la multiplication des opérations de « cash transfer » à destination de familles vulnérables, certes selon des modalités

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

différentes (alors même qu'elles sont nées dans des contextes d'urgence), mais qui posent les mêmes problèmes d'architecture institutionnelle et de décalages entre les discours et les pratiques⁸.

Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN

⁸ Le LASDEL va mener en 2013 une étude sur les « cash transfer ».

LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE) SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE

Hamani Oumarou

Introduction générale

Fin 2008, l'Unicef et le gouvernement du Niger ont décidé de lancer une recherche-action dans les zones d'intervention du projet *Pratiques Familiales Essentielles* (PFE) pour accélérer la promotion de pratiques préventives en matière d'hygiène, de santé et de nutrition de l'enfant. Sept pratiques ont été retenues pour leur impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans⁹.

L'objectif global de la recherche-action est de contribuer à la réduction de 30% du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les communautés ciblées par la promotion grâce à l'adoption des pratiques familiales essentielles pour la survie et le développement de l'enfant.

Les objectifs spécifiques sont :

1. Au moins 60% des familles ciblées adopteront les 7 PFE pour la survie et le développement de l'enfant ;
2. Les communautés ciblées seront autonomisées de manière à pouvoir accompagner le changement de comportement des individus, renforcer la participation et initier des mesures collectives destinées à prendre en charge les questions de santé et nutrition des enfants ;

⁹ Les sept pratiques sont : l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois, l'introduction d'aliments de complément à partir du 6^e mois de l'enfant, le lavage des mains aux moments opportuns, la réhydratation orale en cas de diarrhée, l'utilisation de moustiquaire imprégnée, la reconnaissance des signes de danger des principales maladies (paludisme, diarrhée et pneumonie) et l'accès aux soins médicaux, l'utilisation des services préventifs (vaccination, déparasitage des enfants et supplémentation en vitamine A).

3. Un modèle de communication sur les PFE sera créé et documenté, et peut être répliqué dans d'autres régions du Niger.

Cette recherche-action s'inspire largement du *Modèle de communication pour le changement social*, modèle jugé adéquat car valorisant les catalyseurs externes comme agents de changement. Il concerne les changements de comportement individuel et social. Le modèle combine plusieurs stratégies de communication :

- *Communication pour le changement de comportement* : communication interpersonnelle effectuée par un réseau de relais communautaires formés et équipés ;
- *Communication pour le changement social* : stimulation de la participation des communautés par le dialogue social et les initiatives communautaires ;
- *Mobilisation sociale* : création de partenariats et réseaux avec les leaders traditionnels, les associations professionnelles, le secteur non-gouvernemental et l'organisation de campagnes médiatiques ;
- *Plaidoyer* : amplification des voix de la communauté, en particulier en direction des décideurs locaux.

La recherche-action est mise en œuvre dans 176 villages/quartiers de 5 communes des régions de Maradi et Zinder.

L'UNICEF a demandé en avril 2011 au LASDEL de mener de façon indépendante une recherche de type qualitatif sur la perception et les pratiques des populations face aux PFE et sur le dispositif de recherche-action lui-même. Les enquêtes ont été menées entre juillet 2011 et décembre 2012.

I. LES CONTEXTES SOCIAUX D'INTERVENTION DU PROJET PFE : QUELQUES CAS

Le quartier de Bagalam à Maradi, entre modernité et tradition

Quelques images retiennent l'attention du visiteur qui arrive pour la première fois dans le quartier de Bagalam situé dans la commune 2 de Maradi : une forte densité humaine, les rues transformées par les enfants en espace de jeu, le ruissellement des eaux qui proviennent des fosses septiques à ciel ouvert, la structure traditionnelle des maisons rappelant le caractère ancien du quartier, un « bas-fond » où l'on aperçoit des habitations côtoyer des eaux stagnantes nauséabondes, etc.

Les premiers entretiens avec les habitants du quartier concordent avec la monographie faite au début des années 1960 qui qualifie Bagalam « d'ancien quartier » (David 1964 :139). L'habitat est de type concentré, à l'intérieur des concessions il y a une forte promiscuité. L'histoire ancienne nous renseigne que Bagalam connut des inondations en 1945, l'histoire récente nous apprend que le choléra y a sévi en 2008.

Onze jours durant, en quête d'entretiens, nous avons arpenté les rues jonchées des eaux usées de Bagalam, nous nous sommes entretenus avec les habitants. Les ménages n'ont pas tous accès à l'eau potable ; pour leurs besoins en eau, les populations se ravitaillent au niveau des bornes fontaines. Ce sont les enfants qui sont chargés d'approvisionner les ménages.

Moullé, village de la commune de Sarkin Yamma

Le village de Moullé est situé à l'ouest du chef-lieu de la commune de Sarkin Yama distante d'une trentaine de kilomètres de Maradi. La commune n'est pas un terrain vierge en matière d'interventions extérieures. Elle bénéficie des appuis de la Nigetec pour la réalisation de latrines dans 10 villages, de Care International dans le domaine de la récupération nutritionnelle des enfants malnutris. L'Etat y est également présent à travers ses services déconcentrés de l'élevage, de l'agriculture, de l'environnement et de l'éducation.

Faisant partie de ses « sites traditionnels de recherche-action », l'Unicef est présent dans cette commune à travers le projet *Pratiques Familiales Essentielles* (PFE) et le projet *Actions totalement pilotées par les communautés* (ATPC) dans le domaine de l'hygiène et l'assainissement. La présence de l'Unicef se traduit également par un appui financier à la commune dans le cadre de l'élaboration de son plan de développement (PDC). Par rapport aux PFE, un élu local, donnant la version officielle des autorités communales, fait remarquer :

LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE

« Les PFE sont un domaine qui a touché plus les femmes... mais nous aurions voulu que les hommes soient davantage impliqués... les assemblées villageoises excluent parfois les jeunes qui ne peuvent pas s'asseoir à côté de leurs parents aux réunions. On implique les chefs de village et l'imam, mais c'est insuffisant »¹⁰.

Ce discours révèle à la fois un constat (les femmes sont plus concernées) et des attentes (que les hommes soient plus impliqués), c'est-à-dire une redéfinition des mécanismes d'implication des autorités coutumières, en même temps que des biais sociologiques dans le dispositif de mobilisation sociale (les rapports entre jeunes et personnes âgées).

Une route latéritique de Maradi, puis, à partir du village de Sarkin Yamma, un embranchement sinueux de 15 km mènent à Moullé. Ce village composé de populations *gobirawa* et *katsinawa* se découvre derrière des tiges de mil qui annoncent une bonne récolte de céréales en cette fin d'année hivernale de 2011. Notre véhicule s'immobilise, ce 21 août 2011, sous le grand arbre où se prennent les décisions importantes du village, en assemblées villageoises. Véritable centre du pouvoir politique du village, c'est là que réside Abdou Moussa, le chef du village. C'est aussi là que les notables du village passent la majeure partie de leur temps. C'est enfin là que se tiennent les prières du vendredi dans l'unique mosquée en matériaux définitifs, réalisée par une association islamique. « Habitué aux visites de projets » (propos du chef de village), le chef et sa cour nous invitent à prendre place en ce mois de Ramadan ; en face, nous remarquons une ruelle impraticable, à cause de la stagnation des eaux de pluie, témoignage du sérieux problème d'évacuation des eaux de pluie auquel le village est confronté.

Le silence est fréquemment perturbé par le ronronnement de l'unique moulin à grains du village situé à quelques mètres d'une borne fontaine, un des neuf points d'approvisionnement en eau potable dont dispose les 500 ménages¹¹ qui composent le village de Moullé. Les deux puits cimentés du village « sont abandonnés au profit de l'eau du forage... mais les ménages vulnérables y ont recours pour certains besoins », font remarquer les notables du village.

Un centre de santé de type 1 fonctionne avec un personnel réduit : un chef CSI et son adjointe, tous deux infirmiers diplômés d'Etat (IDE), un perceuteur désigné par la communauté et un manoeuvre. Le centre de santé est ponctuellement assisté, pour ses activités, de matrones et de relais communautaires (on distingue les relais du CSI et les relais communautaires *PFE*). Officiellement, l'aire de santé du CSI couvre 8 villages. Dans la pratique, le personnel du centre de santé accueillant des patients provenant d'une quinzaine de villages est régulièrement débordé ; les capacités d'accueil et d'offre de service de santé sont régulièrement dépassées. Face à cet écueil, les agents subalternes sont impliqués dans l'exécution de tâches officiellement réservées aux agents de santé. Ainsi, le manoeuvre,

¹⁰ Secrétaire général de la commune de Sarkin Yama, entretien du 22 août 2011.

¹¹ Nous tenons ces chiffres du chef de village.

recruté pour s'occuper de l'entretien de la cour, intervient assez souvent dans des pratiques médicales :

« Je participe aux sorties foraines, je fais les injections, j'aide l'adjointe au chef-CSI à faire les pesées. C'est pratiquement moi qui suis le plus en contact avec les femmes. Vu le nombre d'agents, je suis obligé de m'impliquer » (Abdou Mody, manœuvre CSI de Moullé, 28 Août 2011).

Au CSI de Moullé, la promotion des *Pratiques Familiales Essentielles* se donne à voir à travers quelques "pagivoltes" accrochés au mur à l'entrée du bureau du chef-CSI. Ces images rappellent l'allaitement maternel exclusif, le lavage des mains, l'utilisation des moustiquaires, la vaccination contre la poliomyélite.

A cause de son marché, Moullé occupe une position stratégique dans la commune. Le niébé, l'arachide, le sésame et l'oseille qui constituent, à côté du mil et du sorgho, l'essentiel de la production agricole sont vendus sur le marché hebdomadaire - le plus important de la commune - qui se tient le samedi. Les cultures de contre-saison ne sont pas pratiquées. Le village dépend de Soumarana, de Saho et de Maradi pour son approvisionnement en fruits. Lieu d'attraction de l'ensemble de la commune de Sarkin Yama, ce marché reçoit aussi, dans le cadre des échanges commerciaux, des commerçants de Maradi et du Nigeria voisin, notamment de Kano, Katsina et Gusau.

Dans le discours officiel des autorités du village :

« Les PFE sont pratiquées, l'utilisation des moustiquaires est réelle, le lavage des mains au savon est effectif... Les résultats [des PFE] sont visibles et utiles (*anfani*) ».

Pour étayer ses propos, le chef de village s'empresse de nous informer, avec un sentiment de fierté, que « quatre femmes modèles du village ont été primées par l'Unicef... les femmes retiennent mieux les PFE que les hommes ».

C'est par ces termes que le chef de village nous introduit dans l'univers des PFE à Moullé. Ce discours sera confronté à la réalité du terrain. Au total, 25 entretiens ont été menés, renforcés par 7 séances d'observations (dont 6 dans les ménages et 1 dans une *fada*¹² des jeunes du village).

Garin Dogo, « être comme le village de Kolia »

Village d'environ une cinquantaine d'années d'existence, Garin Dogo est situé à 4km au Nord-Ouest de Moullé. Il compte 950 habitants répartis dans 94 ménages. Les habitants du village disposent de deux sources d'approvisionnement en eau : un puits cimenté et un forage à motricité humaine insuffisante pour l'ensemble du village. Sur plusieurs plans, le village de Garin Dogo est dépendant de son voisin immédiat Moullé. L'eau potable disponible étant insuffisante à Garin Dogo, il faut souvent se rendre à Moullé pour s'en procurer. Il en est de même sur le plan sanitaire. Les habitants fréquentent le CSI de Moullé en cas de besoin.

¹² Espaces de sociabilité, ces lieux de rassemblement regroupent des jeunes de la même classe d'âge.

Garin Dogo n'est pas un terrain vierge en matière d'interventions extérieures. Il fait partie des villages d'intervention de Care International dans le domaine éducatif (équipement de l'école du village), appui aux femmes (distribution d'ânesses), sécurité alimentaire (banques céréalières et techniques de compostage). L'Unicef constitue le second 'partenaire' du village. Ses actions concernent le domaine de l'éducation (jardin d'enfants communautaire, appui en matériels scolaires) et de la santé (distribution de moustiquaires, hygiène et PFE).

Quatre relais communautaires (3 femmes et 1 homme) y ont été désignés pour sensibiliser les femmes aux PFE. Garin Dogo est également un village d'intervention du programme ATPC. Dans ce cadre, sur initiative propre et avec les matériaux disponibles, les habitants ont réalisé 91 latrines familiales dont, malheureusement, seulement quelques-unes sont fonctionnelles au moment de notre passage. Du fait des techniques de construction et des matériaux utilisés, la plupart des latrines se sont effondrées avec la saison des pluies. Les latrines sont rudimentaires : au-dessus des fosses profondes, les habitants ont installé des tiges de bois recouvertes d'argile. Avec les eaux de pluies, l'argile qui conserve l'eau exerce une pression sur les tiges de bois qui finissent par céder. Sous cet angle, les latrines constituent des dangers pour les habitants si elles ne sont pas améliorées. Pourtant, dans les discours l'avènement des latrines aurait changé le rapport des habitants du village aux questions d'hygiène selon le chef de village :

« Les latrines ont été bien appréciées parce qu'elles ont permis de repousser les maladies : diarrhées, fièvre, vomissements, « *amadari*¹³ »).

Le discours est beau, des latrines sont fonctionnelles, mais elles méritent d'être améliorées. Les latrines ont été réalisées dans le cadre d'une compétition instituée par l'ATPC entre ses villages d'intervention. Ayant voulu « être comme Kolia », village primé dans le cadre de la réalisation de latrines, les habitants de Garin Dogo se sont mobilisés autour du projet ATPC.

Sur le plan de l'assainissement, le village de Garin Dogo est un bel exemple. Les aires de défécation sont éloignées du village, les ruelles sont constamment propres.

Le village de Bandé dans la commune rurale de Yaouri

Le village de Bandé est un site pilote du projet ATPC. Dans le cadre de l'hygiène et de l'assainissement (construction de latrines), le village a été primé en 2009. Ce réel motif de satisfaction est un symbole pour les habitants du village, avec à leur tête, le chef nouvellement installé, Moutari Seydou :

« A cette occasion, une dizaine de véhicules nous a ramenés de Matameye. Dans la délégation, il y a eu un véhicule de l'armée [escorte] et même le représentant du Gouverneur qui sont venus voir notre village ! » (entretien du 13 oct. 2011).

¹³ Trachome.

Cette visite des plus hautes autorités de Zinder, consécutive à la désignation de Bandé comme meilleur village ATPC, a une valeur symbolique à plus d'un titre qui explique sûrement l'engagement des habitants à l'arrivée du projet PFE. Le village venait juste d'être administrativement reconnu en tant qu'entité administrative autonome. En effet, il y a encore un an et demi les habitants de Bandé payaient l'impôt au chef de village d'Angoual Gourey que leurs grands parents avaient quitté pour s'installer sur le site actuel. Ils ont été rejoints par deux chefs de ménage qui ont fait défection du village de Garin Tougé.

L'histoire politique du village de Bandé est caractérisée par des relations conflictuelles avec le village de Garin Tougé. Le règlement de ces conflits a mobilisé les plus hautes instances coutumières de la localité (chef de canton de Kantché) et de sécurité (gendarmerie de Matameye). Selon la version du chef de village de Bandé :

« Les habitants de Garin Tougé nous en veulent pour avoir demandé notre autonomie. C'est là-bas que nous envoyions nos enfants à l'école. A l'origine, le chef de village de Garin Tougé nous a demandé d'y inscrire nos enfants afin que l'école de son village se développe. Nous avons retiré nos enfants de l'école de Angoual Gourey pour les inscrire à Tougé et après nous avons préféré avoir notre propre école... face aux représailles auxquelles étaient soumis nos enfants. Il en a été de même pour l'ATPC. Pour cette activité, le chef de village de Tougé était venu nous voir pour l'accompagner dans la réalisation des latrines. Puisque nous étions presque les mêmes, nous avons fait construire des latrines dans nos concessions.. Mais lorsque Garin Tougé a bénéficié de ciment pour faire des latrines en matériaux définitifs, ils ne nous ont même pas donné un seul sac de ciment...cela nous a frustrés !...» (M.S., chef de village de Bandé, 13 oct. 2011).

Cet discours révèle la nature des rapports entre Bandé et Garin Tougé, ainsi que l'environnement social et politique dans lequel intervient le projet PFE. Ces éléments expliquent le niveau d'engagement des chefs de village. Après sa reconnaissance en tant que village administratif, Bandé a bénéficié par la suite d'eau potable grâce à un forage à motricité humaine, « *pompo* ». Si ce forage permet depuis moins d'un an l'accès à l'eau potable, il n'empêche pas que certains habitants du village continuent à s'approvisionner au niveau des deux puits non couverts du village. Pourtant, s'indigne le chef du village :

« Nous avons fait en sorte que l'eau soit accessible à tous en fixant à 5 nairas¹⁴ (environ 25 FCFA) les 5 bidons de 20 litres ! »

Sur le plan scolaire, le village vient de réaliser une classe en paillote, dans l'espoir d'avoir un enseignant et de voir ses enfants aller à l'école sur place. Le village n'a aucun cadre dans l'administration. Les espoirs sont fondés sur deux filles du village actuellement bénéficiaires d'une prise en charge de l'Unicef pour leur scolarité au collège de Yaouri. Le village compte de nombreux déscolarisés qui, suite à l'échec scolaire, ont reçu un enseignement islamique à Kano et à

¹⁴ A Yaouri, le naira (monnaie nigériane) est la monnaie de référence et d'échanges.

Maiduguri au Nigeria. On note également, dans le village de Bandé, une migration saisonnière des femmes âgées en direction d'Agadez où elles tentent de se faire employer comme domestiques et sinon s'adonnent à la mendicité.

Comparé aux villages qui l'entourent, Bandé est un petit village. Les 41 ménages qui le composent sont inférieurs aux 63 que compte Hamidawaa¹⁵, village non PFE situé à l'ouest de Bandé. Même si les habitants des deux villages sont liés par des alliances matrimoniales fortes, les habitants de Hamidawa, caressent l'espoir de voir le projet intervenir dans leur village.

Au cours de nos enquêtes, la vie au village était rythmée par la récolte du mil et de l'arachide qui mobilise les bras valides (hommes et femmes) pratiquement absents du village entre 7h30 et 12h. Dans les concessions, quelques femmes, enceintes le plus souvent, et des personnes âgées s'occupent des petits enfants, parmi lesquels les moins âgés sont gardés par leurs aînés.

Le mil et le sorgho sont les principales cultures vivrières qui servent directement à la consommation. Le sésame et l'arachide sont produits à des fins commerciales. La production du niébé est très faible, voire nulle dans certains ménages à causes des parasites et rongeurs. La zone est classée « chroniquement pauvre » par le chef CSI, propos confirmés par nos entretiens avec les habitants de Bandé. Selon ces derniers, « depuis 10 ans, c'est seulement cette année que nous avons pu récolter quelque chose ! ».

Le mil est l'aliment de base, consommé sous forme de « *hura* » ou de pâte avec la sauce à base de feuille de baobab, « *kuka* ». Le plat consommé la veille est réchauffé le lendemain matin, « *zazafe* », pour servir de petit déjeuner. Les hommes, quant à eux se retrouvent chez le vendeur de thé du village pour s'offrir un morceau de pain sucré du Nigeria et du café au lait. La consommation de viande est assez rare tant chez les personnes âgées que chez les enfants.

Le village de Bandé est pauvre en termes d'interventions extérieures ; celles-ci se résument actuellement à l'ATPC et au projet PFE depuis 2010. Dans le discours des habitants du village, les PFE apparaissent comme une sorte de prolongement ou d'appendice des activités ATPC. Les différentes appréciations des ATPC convergent vers une idée centrale : « elles ont amélioré notre état de santé » (Bandé, entretien de groupe, 06 oct.2011).

En référence à l'allaitement maternel exclusif, un sage du village affirme qu'il « permet de protéger les enfants contre l'amaigrissement ou la malnutrition *tamowa* et renforce la quiétude « *konciyal hankali* » des chefs de ménage qui partent en migration ».

Pour leur santé, les habitants de Bandé préfèrent aller à la case de santé de Zagawa Peul plutôt qu'à Koukal Mékia dont le responsable « est tout le temps absent ! », mais souvent ils court-circuitent carrément la case de santé de Zagawa

¹⁵ Hamidawa n'a pas un statut de village. Mais il est un site pilote dans le cadre de l'ATPC.

pour se rendre directement au CSI de Yaouri, où selon eux, « la prise en charge est bien meilleure ! » et ce, en dépit de la distance à parcourir (10 km).

Les cases de santé de Zagawa et de Koukal Mékia relèvent de l'aire de santé du centre de santé intégré de Yaouri. Cette formation sanitaire de référence à l'échelle de la commune fonctionne avec 4 agents, appuyés par des relais communautaires (membres du COGES) et souvent les trois animateurs du projet PFE (qui sont agents de santé de formation) pour compenser quelque peu le déficit chronique du personnel de santé. À côté du concours de ces « bénévoles », le CSI de Yaouri est appuyé par l'ONG *Save the Children*. L'appui de cette ONG en matériel s'inscrit dans le cadre général de l'appui à l'hôpital de district de Matameye, dont relève Yaouri. Par contre, à Yaouri, l'intervention de *Save the Children* s'étend à la prise en charge des consultations foraines qu'effectue mensuellement l'équipe du CSI.

Hamidawa, le village témoin en attente des PFE

C'est à Bandé que nous avons décidé d'intégrer Hamidawa en tant que village-témoin dans notre dispositif d'enquête. Le choix des villages non PFE n'a pas pu être fait préalablement ni avec les responsables de l'Unicef, ni avec l'animateur de l'ONG Al'umma (qui ne connaît que ses villages d'intervention) ! À l'issue d'un entretien avec le chef de village de Bandé, nous avons dressé une liste des villages non PFE. C'est ainsi que Hamidawa a été retenu.

Le choix de Hamidawa comme village-témoin répond à un souci bien déterminé. Il s'agit de saisir les « effets d'entraînement » des PFE sur ce village proche de Bandé. En effet Hamidawa est situé à environ deux kilomètres à l'Ouest de Bandé. Les populations se côtoient régulièrement à la mosquée du vendredi, participent mutuellement aux cérémonies sociales (mariages, baptêmes, etc.), leurs champs sont proches les uns des autres. Notre hypothèse de départ est que ces affinités peuvent affecter réciproquement le comportement des uns et des autres par rapport aux pratiques familiales essentielles. Ainsi, à Hamidawa, nos entretiens ont été organisés autour d'un « noyau central », à savoir les canaux d'information sur les pratiques familiales essentielles, qui devrait permettre de voir si le dispositif de communication sur les PFE (basé sur les relais communautaires) s'est, implicitement, étendu aux villages non PFE.

Les villages de Tahoua

Dans les quatre villages de la région de Tahoua (Gradoumé, Hiro, Libattan Guidan Rana et Changnassou), les pratiques familiales essentielles sont couplées aux activités du projet *Filets Sociaux*. Ce projet a démarré ses activités dix mois avant nos enquêtes.

La disponibilité de l'eau potable

Les villages de Gradoumé et de Libattan Guidan Rana n'ont pas accès à l'eau potable. Le puits constitue la principale source d'approvisionnement en eau. Dans le village de Gradoumé, l'accès à l'eau est plus difficile à cause du tarissement des puits intervenu depuis au moins trois ans. C'est au niveau des puisards que les femmes et les jeunes filles du village vont chercher l'eau pour les besoins de la famille.

Le village de Libattan Guidan Rana, quant à lui, dispose d'un puits cimenté depuis 1990. L'eau de puits est consommée directement, parfois sans aucune précaution de filtrage préalable. Elle est acheminée dans les ménages dans des bidons en plastiques souvent mal entretenus. Ces bidons n'offrent aux consommateurs aucune garantie de sécurité en matière d'hygiène. Assez souvent, du fond des récipients l'on aperçoit un dépôt verdâtre totalement banalisé par les populations.

A Hiro, les habitants disposent d'une adduction d'eau potable depuis moins d'un an. La gestion est assurée par un délégué. Le tarif est fixé à 25 FCFA les deux bidons de 20 litres. Même si le prix de l'eau est jugé « abordable » par la population, il faut souligner que son accessibilité peut être source de contrainte pour les ménages vulnérables. Il est à souligner que l'avènement de l'eau potable à Hiro contribue à réduire les peines des femmes qui, il y a moins d'un an encore, devaient parcourir des kilomètres, à dos d'âne ou à pieds, pour trouver de l'eau.

A Gradoumé, comme à Hiro, à Libattan Guidan Rana comme Changnassou, l'approvisionnement en eau constitue un problème. La nature des ressources en eau disponibles dans ces villages est un obstacle à une bonne application des PFE, notamment le lavage des mains, pratique exigeante en eau. Dans les deux premiers villages le principal problème concerne la qualité de l'eau alors qu'à Hiro se pose la question de son accessibilité.

Face à ces contraintes, l'intervention du projet *Filets sociaux* produit des résultats à relativiser. De par les ressources qu'ils procurent aux ménages vulnérables, les filets sociaux permettent d'acheter de l'eau à Hiro. Ailleurs, ces ressources ne peuvent pas résorber le problème de l'accès à l'eau potable.

Existence de latrines

Les quatre villages de Tahoua partagent ensemble une caractéristique : le manque de latrines dans les concessions. Pour leurs besoins, les populations se rendent en brousse, principalement au coucher du soleil ou tôt le matin. Pour se soulager, les enfants quant à eux investissent les espaces qui entourent les villages.

Des dynamiques organisationnelles préexistantes

Dans la commune rurale de Déoule, le projet « hydraulique villageoise » (PHV) dont les activités ont pris fin en juin 2011 a institué des comités de salubrité qui

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

constituent des structures qui peuvent être redynamisées dans le cadre des PFE, notamment en ce qui concerne la lutte contre le développement du paludisme (entretien de l'environnement). Le PHV a également initié des compétitions entre villages. Les villages jugés plus « regardants » sont récompensés au cours de séances appelées « *villages propres* ».

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

II. LES OBJECTIFS, LA MÉTHODOLOGIE ET LES DIFFICULTÉS DE L'ENQUÊTE

Les objectifs de la recherche

Cette recherche-action vise à identifier et analyser les réactions des familles et communautés aux interventions du projet *Pratiques familiales essentielles* (PFE). Cet objectif général se décline en plusieurs sous-objectifs :

- Comprendre les logiques des mères (et des autres acteurs concernés) en matière de santé, de nutrition et d'hygiène concernant les enfants de moins de 5 ans
- Décrire leurs conceptions et représentations relatives aux PFE (sémiologies populaires en hausa)
- Analyser les contraintes et les obstacles qui freinent l'adoption des sept PFE
- Etudier le fonctionnement sur le terrain du dispositif du programme, sa perception par les populations locales, les difficultés qu'il rencontre, le rôle réel joué par les acteurs clés du programme (personnel du projet, agents de santé, « relais communautaires », « leaders communautaires », etc.)

La méthodologie

Nous avons associé des responsables de l'Unicef à toutes les phases de l'enquête : l'élaboration du protocole de recherche, le choix des sites, les restitutions des enquêtes. Ces réunions ont permis de présenter les résultats préliminaires obtenus et d'apprécier le niveau d'avancement de la recherche.

Le choix des sites

Le quartier de Bagalam à Maradi a été ajouté par l'UNICEF aux sites prévus initialement. Ce quartier fait partie des premiers sites d'intervention des PFE ; pourtant, en le comparant à certains villages, les responsables de l'UNICEF soulignent des contrastes frappants :

« Le niveau d'adoption des PFE est l'un des plus bas...le changement de comportement y est très lent... alors que le quartier dispose de toutes les infrastructures sociales de base... A Bagalam, il y a des chiites et c'est dans cette

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

communauté que nous avons relevé le plus grand nombre de résistances au PEV¹⁶ », (Fall, représentant de l'UNICEF à Maradi, le 11 Août 2011).

Ces contrastes expliquent l'insistance de l'UNICEF à prendre en compte Bagalam dans les sites d'enquête. Pour notre part, Bagalam en tant que site urbain offre des éléments intéressants de comparaison avec les villages-sites.

Les villages d'intervention du projet *Pratiques familiales essentielles* n'ont pas les mêmes expériences en matière de promotion des PFE. Certains connaissent les PFE depuis la phase pilote (en 2008) ; le projet s'est par la suite étendu à d'autres villages en 2009 et 2010. Nous avons pris en compte ces différences d'expériences entre les villages qui n'ont pas les mêmes niveaux d'appropriation des pratiques familiales essentielles.

Cette échelle d'appropriation a été utilisée dans le choix des villages, à partir des résultats du *pré-test des outils de suivi communautaire* effectué par l'Unicef. Ce suivi a dressé un classement des villages en fonction de leurs performances en matière d'adoption des PFE. A ce critère, nous avons ajouté *l'accès aux infrastructures de base* (types d'infrastructures hydrauliques, centres de soins, etc.).

En combinant ces critères nous avons été frappés par les résultats obtenus par Garin Dogo et Moullé, tous deux villages PFE situés dans la commune rurale de Sarkin Yamma.

	<i>AME</i>	<i>MII</i>	<i>SRO</i>	<i>LDM</i>	<i>AC</i>	<i>SP/C</i>	<i>A/SD</i>
Moullé	91%	58%	77%	68%	81%	48%	85%
Garin Dogo	100%	96%	100%	94%	93%	98%	100%

Extrait de : Synthèse des résultats du pré-test des outils de suivi communautaire, Unicef

Commune	Villages	Statut des villages	Infrastructures disponibles
			1 mini-AEP ; des puits cimentés ; 1 CSI ;

¹⁶ Lire programme élargi de vaccination

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

Sarkin Yamma	Moullé	PFE	1 école ; 1 marché des relais PFE moulins à grains
	Garin Dogo	PFE	1 forage ; 1 puits cimenté ; 1 école ; des latrines familiales ; des relais PFE ; 1 moulin à grains

Garin Dogo a été ainsi retenu parce que ses résultats sont frappants. En effet, ce village ne dispose pas de centre de santé, pourtant il présente de "bons" résultats quand on regarde l'allaitement maternel, l'utilisation des SRO en cas de diarrhée, etc. Comment expliquer l'écart entre cette contrainte structurelle (absence de centre de santé) et les résultats ?

Quant au village de Moullé, il a été retenu parce qu'il dispose de toutes les infrastructures de base : un centre de santé intégré de type 1, une mini-adduction d'eau potable, une école, des moulins à grains, etc. De plus, Moullé et Garin Dogo ne sont distants que d'environ un kilomètre. La proximité de Moullé avec Garin Dogo explique-t-elle les résultats réalisés par ce dernier village, notamment en termes de fréquentation des centres de soins ?

Dans la commune de Yaouri (région de Zinder), notre choix s'est porté sur le village de Bandé à l'issue d'une discussion avec les animateurs de l'ONG Al'Umma :

« En dehors de Arthé, je crois que le meilleur village en matière d'adoption des PFE, c'est le village de Bandé... », a fait remarquer S., l'animateur rencontré à Yaouri. En 2009, le village de Bandé a été primé dans le cadre de l'ATPC pour avoir réalisé des latrines. De plus, le village est situé à une dizaine de kilomètres au Nord du chef-lieu de commune. Ici, nous avons décidé de mettre l'accent sur le critère « éloignement » par rapport au centre de santé intégré de Yaouri pour apprécier la fréquentation des centres de soins. Bandé fait partie de la "3^{ème} vague de villages" couverts par le projet.

Dans la région de Tahoua, l'intervention du projet « pratiques familiales essentielles » PFE est récente. L'Unicef y fait de l'accompagnement au projet « filets sociaux » qui en était à sa phase pilote au moment de nos enquêtes. Ce sont donc des villages touchés par le projet « filets sociaux » qui ont été concernés par nos enquêtes. Le projet « filets sociaux » concerne 20 villages répartis dans les départements de Bouza et Illéla, deux localités de la région de Tahoua frappées

par une forte émigration des hommes. Bouza et Illéla sont des zones difficiles d'accès. Nous avons donc retenu l'accessibilité des villages comme premiers critères de choix. De plus, les deux départements sont répartis en quatre communes (Bouza, Déoulé, Illéla et Bagaroua). Dans chacune d'elles nous avons pris un village en tenant compte de la taille des villages et du nombre de bénéficiaires des filets sociaux. Initialement, nous avons retenu les villages de Dan Gada Toudou et d'Akassou Folakawa, situés respectivement dans les communes d'Illéla et de Bagaroua. C'est au cours de l'entretien de prise de contact avec le préfet du département d'Illéla que ces sites ont été abandonnés au profit de Libattan et de Changnassou. Du point de vue des critères, ces changements n'affectent en rien ni le déroulement des enquêtes ni la pertinence de nos choix.

Département	Commune	villages	Bénéficiaires
Bouza	Bouza	Gradoumé	80
	Déoulé	Hiro	81
Illéla	Illéla	Libattan Guidan Rana	31
	Bagaroua	Changnassou	165

Sources : Données du projet « *filets sociaux* »

Dans notre perspective de recherche, chaque village constitue en soi un « cas » présentant des spécificités propres.

Le déroulement de l'enquête

Les enquêtes se sont déroulées en trois phases. Une première phase qui a concerné exclusivement la commune rurale de Sarkin Yamma et le quartier de Bagalam (Maradi) s'est déroulée du 11 août au 07 septembre 2011. Elle a été suivie d'une seconde phase qui s'est déroulée à Yaouri, du 6 au 15 octobre. Dans les départements de Bouza et Illéla (Tahoua), les enquêtes se sont déroulées du 23 novembre au 18 décembre 2011. Les enquêtes au niveau des villages ont été complétées par des entretiens au niveau des chefs-lieux de régions ou de départements où se trouvent les sièges d'ONG de mise en œuvre des PFE.

Les données ont été collectées essentiellement à partir d'entretiens individuels, rarement collectifs. Certains ont fait l'objet d'enregistrement, d'autres entretiens sont de type informel (i.e. non enregistrés). Les entretiens ont été complétés par des observations dans les ménages. Nos unités d'enquête ont été très variées ; elles comprennent les acteurs directement concernés par les pratiques familiales essentielles (les chefs de village, les femmes et les relais communautaires), mais

aussi l'ensemble très hétéroclite des acteurs qui gravitent autour du projet : matrones, tradi-praticiens, revendeurs de produits pharmaceutiques, personnels de santé, maris, femmes âgées, élus locaux, etc. Certaines informations relèvent du vécu des acteurs, d'autres sont des témoignages.

Les sites de Maradi et de Zinder ont fait l'objet d'un projet de recherche-action mis en œuvre par l'Unicef. La région de Tahoua fait partie des zones d'intervention du projet pilote « Filets sociaux » de la Banque Mondiale. Ces trois régions ont été choisies à cause de leur homogénéité culturelle (elles partagent la langue *hausa*). Les communes ont été choisies préalablement par rapport à la couverture du projet.

Les "acteurs stratégiques" rencontrés

- Les mères ;
- Les grand-mères (belles-mères ou mères des mères d'enfants de moins de 5 ans) ;
- Les maris ;
- Les personnels de santé : agents de santé communautaire, infirmier(e)s et sages-femmes des CSI ;
- Les personnels auxiliaires de la santé (manœuvres, gardiens, gestionnaires, filles de salle) ;
- Les relais communautaires ;
- Les matrones ;
- Les marabouts du village ;
- Les « féticheurs », devins, tradi-thérapeutes ;
- Les comités villageois PFE (chefs de village, relais communautaires, femmes âgées) ;
- Les élus locaux ;
- Les groupements féminins villageois ;
- Les membres du COGES ;
- Les responsables locaux d'autres programmes ;

- Les leaders communautaires reconnus par le programme (chefs de canton, ACTN, association islamique) ;
- Les bénéficiaires et les non bénéficiaires du filet social de la Banque Mondiale.

Les réunions périodiques d'échange

Nous avons eu au total 5 réunions d'échange avec les responsables de l'Unicef au cours de nos enquêtes. La première réunion s'est déroulée dans le cadre de la prise de contact avec Mr. Fall, le représentant de l'Unicef à Maradi. Averti des questions d'intervention dans « sa » localité, il a fourni des informations préliminaires nécessaires au bon déroulement des enquêtes : les rapports de genre, l'emprise du pouvoir traditionnel (le chef de province) sur le comportement de ses administrés, les confessions religieuses présentes à Bagalam, la situation socio-économique des populations, etc. Notre équipe a également pu bénéficier de quelques suggestions d'ordre méthodologique qui, dans une certaine mesure, rejoignaient les préoccupations déjà soulevées au LASDEL par l'UNICEF. L'entretien avec Mr. Fall témoignait ainsi de tout l'intérêt qu'il « accordait particulièrement à cette recherche qui doit [permettre à son institution] le passage à l'échelle ».

A l'issue de chaque phase d'enquête, les résultats préliminaires sont présentés aux responsables de l'Unicef. Une première réunion, après le terrain de Maradi, s'est tenue à Maradi avec Mr. Fall. A Niamey également, nous avons tenu trois réunions. A chaque réunion, la présentation des résultats a donné lieu à des discussions fécondes, débordant parfois sur des débuts d'analyse et l'identification de pistes pour les enquêtes ultérieures.

Quelques difficultés rencontrées

Dans l'ensemble, nous n'avons pas rencontré de difficultés majeures. Les quelques écueils rencontrés se situent à trois niveaux.

L'instabilité de l'équipe de recherche

Nous avons souffert de l'instabilité de l'équipe de recherche, liée aux désistements des assistants de recherche quasiment à chaque étape de la recherche, parce que chemin faisant, ils ont été sollicités par d'autres chercheurs du LASDEL. Nous avons dû régulièrement procéder à une reconstitution de l'équipe, impliquant de nouvelles phases de partage de la problématique de la recherche. Dans l'ensemble,

grâce à leur maîtrise de l'enquête qualitative, les assistants se sont bien comportés sur le terrain¹⁷.

L'absence d'une situation de référence

Ni l'Unicef, ni les ONG locales chargées de la mise en œuvre du projet ne disposent de données précises sur la situation avant l'intervention des pratiques familiales essentielles. En l'absence de toute situation de référence, il était difficile d'apprécier le niveau de connaissance des populations avant le démarrage des PFE.

La période de l'enquête

Les enquêtes ont coïncidé avec la saison des pluies, à l'exception de la région de Tahoua. Sur l'ensemble des sites, les séances de communication et de mobilisation sociale étaient suspendues. Nous n'avons pas pu assister à une seule séance de visites à domicile, ni à une seule assemblée villageoise. Nous nous sommes seulement contentés du discours de nos interlocuteurs, sans avoir pu le confronter à la réalité. Ceci est une limite importante de cette enquête, et devrait inciter à mener une phase d'observation systématique ultérieure, étant donné les importants écarts qu'il peut y avoir entre les discours et les pratiques à propos des PFE.

¹⁷ Il s'agit de Amadou Boubacar, Abdou-Razak Aboubacar, Ali Bako Mahamane Tahirou, Abdoutan Harouna et Djémila Soumana

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

III. LE DISPOSITIF D'INTERVENTION DU PROJET *PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE)*

Après avoir décrit, dans un premier temps, les acteurs qui animent le dispositif d'intervention, l'analyse portera sur son fonctionnement au quotidien, les difficultés de mise en œuvre du projet, ainsi que quelques cas de réussite observés sur le terrain.

Le dispositif du projet se compose de deux types d'acteurs : les acteurs communautaires (autorités coutumières et relais communautaires) et les agents des ONG.

Les acteurs communautaires

Les relais communautaires

La désignation des relais

Le « consensus » constitue le mode dominant de la désignation des relais communautaires. Ils sont généralement choisis parmi les membres de la communauté actifs dans les activités de « développement » du village. Ils ont une certaine expérience acquise soit en tant que relais des centres de santé intégrés, soit en tant que bénévoles dans le cadre des opérations de vaccination ou encore, plus généralement, parce qu'ils ont été impliqués dans les projets antérieurs du village. Parfois, ils sont membres de plusieurs comités ou bureaux. Dans les villages qui disposent d'un CSI, les relais appuient le personnel de santé au cours des séances de pesées ou de prise en charge nutritionnelle des enfants.

Les relais communautaires sont relativement stables dans les villages. La plupart d'entre eux ne partent pas en migration. Nombre d'entre eux, particulièrement les hommes, ont une expérience migratoire mais disent « avoir décidé de rester au village ».

Les relais jouissent d'une assise sociale dans leur village. Certains d'entre eux sont désignés en leur absence :

« Je n'étais pas présente quand l'assemblée villageoise m'a désignée comme relais. Les gens ont confiance en moi, je suis disponible, éveillée et je sais lire et écrire », (Z.A., Libattan Guidan Ranan, le 10 déc. 2011).

La désignation des femmes mariées est soumise à l'accord de leurs maris :

« Au départ, nous étions 6. Par la suite, on m'a désignée, *an ka danke ni*, et on a choisi Kabirou, le percepteur du CSI. On m'a fait appel en présence de mon mari qui a donné son accord », (Z.Y., Moullé le 25 Août 2011)

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

Le choix des relais communautaires se fait en assemblée du village, devant la cour du chef de village, *hilin shawara*. Ils jouissent d'une légitimité sociale. Dans le cadre des PFE, les relais ont précédé l'arrivée des ONG chargées de la mise en œuvre du projet.

« Quand l'ONG est venue sur le terrain, les relais communautaires sont déjà désignés par les communautés locales et ont reçu des formations dispensées par l'Unicef : on était donc obligé de mettre en veille les critères de choix de ces relais » (M.G., responsable de l'ONG Al'Umma de Zinder).

Le choix des relais apparaît comme un « espace infranchissable » pour les responsables de l'ONG. N'ayant pas participé au choix de ceux-ci, les responsables d'ONG ont constaté sur le terrain que certains avaient un niveau d'instruction trop bas, « sans pour autant essayer de les remplacer ».

Dans les villages, les relais ont été choisis de sorte à représenter les différents quartiers. Comme à Moullé, les quatre quartiers ont été chargés de désigner leurs relais. Ces choix ont par la suite été entérinés par l'assemblée villageoise. En assemblée villageoise, il a été décidé que les relais doivent « être gentils, dynamiques et habitués à travailler dans le cadre des interventions de projets... » (chef de village de Moullé, le 1 Août 2011).

<i>Critères de l'Unicef</i>	<i>Critères du village</i>
<p>Etre résident du village, Jouir d'une bonne moralité, Etre accepté par la communauté, Etre capable de diriger un groupe, Etre honnête/intègre, Etre patient, Etre disponible, Etre dynamique, Savoir lire et écrire au moins en hausa, Accepter le bénévolat, Avoir une expérience d'animation de groupe, en tant que EVPC, animateur radio-club, membre COGES, (école, banque céréalière, petits ruminants, point d'eau, santé...)</p>	<p>Etre gentil, Etre dynamique Etre habitué à travailler avec les projets</p>

Source: données d'enquête

Dans les faits, les critères de désignation des relais définis par l'Unicef sont loin d'avoir toujours été respectés à la lettre. Des écarts sont visibles, les populations ayant leurs propres critères de choix, différents de ceux de l'Unicef comme l'illustre le tableau ci-avant élaboré à partir du cas de Moullé.

On note la coexistence de deux types de règles à travers lesquelles sont désignés les relais communautaires. Il y a les *règles officielles* du projet, qui intègrent à la fois des dimensions relevant de la moralité, de la personnalité des relais, de l'expérience. Les règles du projet sont impersonnelles et sont appelées à s'appliquer dans tous les villages d'intervention du PFE. À côté de ces règles, certains villages suivent des *normes sociales* localement définies renvoyant à un système de valeurs propres aux habitants de ces villages.

Les profils des relais

Les relais communautaires présentent des profils divers. La majorité d'entre eux sait lire et écrire. On en trouve qui ont franchi le niveau secondaire, à l'image de Z.A., rencontrée à Libattan Guidan Rana, qui a un niveau 4^{ème}. D'autres ont suivi des cours d'alphabétisation.

On dénombre également des relais qui n'ont fréquenté ni l'école coranique ni suivi des cours d'alphabétisation. Même s'ils ont des aptitudes à communiquer avec les populations, ces relais ne peuvent pas convenablement remplir les fiches de suivi mises à leur disposition.

Une fois choisis, les relais reçoivent une formation rapide de 2 à 3 jours sur les PFE, reçoivent les *kits de démonstration* du lavage des mains et les pagivoltes.

Le rôle des relais

Ils animent essentiellement les séances de communication interpersonnelle dans les ménages sur les pratiques familiales essentielles. De par leur présence dans les ménages, les relais rappellent constamment aux populations les pratiques familiales. Plus proches des populations, les relais sont censés collecter les données relatives à l'adoption des PFE, données qui devraient permettre d'apprécier le niveau d'appropriation des PFE. On dénombre à ce sujet plusieurs fiches (fiche d'adoption des PFE, fiche de recensement des ménages, fiches, etc.) mal maîtrisées par un grand nombre de relais, notamment ceux qui ont un niveau d'instruction bas.

Sur le terrain, l'utilisation des fiches n'est pas observée partout. Dans certains villages, par exemple, les relais ne disposent pas de fiches ; ils consignent dans des cahiers quelques informations qu'ils restituent aux animateurs.

Les perceptions et les attentes des relais communautaires

Les attentes des relais se déclinent sous plusieurs angles. La principale attente est d'ordre financier. Elle est exprimée plus ouvertement par les relais du quartier Bagalam de Maradi.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

« Au départ il n'y avait aucune prime, alors que par exemple, pour les campagnes de vaccination, les relais sont habitués à percevoir une gratification », (H.G., relais à Bagalam, le 12 Août 2011).

La doléance peut aussi être en nature :

« Nous voudrions un appui. Vu que nous ne partons pas en migration, nous aimerions être rétribués ou avoir une moto pour nous faciliter les déplacements.... », (H.A., Gradoumé, le 24 nov 2011)

D'autres relais souhaitent avoir une gratification "symbolique" et des éléments distinctifs comme des pagnes ou avoir des dispositifs de lavage des mains chez eux. Ces gratifications symboliques pourraient contribuer à inverser l'image négative que certains ont des relais communautaires perçus comme des gens « qui se fatiguent pour rien ou qui ne gagnent rien... ».

Les doléances exprimées par les relais communautaires montrent que la logique du bénévolat communautaire reste une illusion. Bien qu'ils aient au départ accepté de « travailler volontairement pour la communauté », les relais aspirent en fait à avoir des gratifications. Une tâche bénévole est généralement perçue par les intéressés comme un moyen d'accéder ultérieurement à un poste, à une rémunération, à des avantages ou à un statut. Le bénévolat est un point de passage imposé par les projets, mais n'est pas une valeur intériorisée par les acteurs locaux. C'est un « bénévolat en attendant ».

Du fait de la position qu'ils occupent dans le dispositif d'encadrement des PFE, les relais bénéficient parfois de traitements privilégiés lorsqu'ils se rendent dans un centre de santé:

« Une fois, j'avais amené mon fils au CSI de Moullé. J'avais accroché mon badge de relais communautaire. Dès que le *major* m'a vu, il a vite traité mon fils. J'ai donc eu des faveurs... cela m'a donc aidé », (A., relais à Garin Dogo, le 31 Août 2011)

Les relais communautaires ont une réelle assise dans les villages comme le souligne un relais rencontré à Garin Dogo :

« Notre travail de relais nous a permis d'avoir une considération dans le village. Les populations nous considèrent comme des agents de santé. Souvent, c'est à nous que les gens s'adressent pour des ennuis de santé », (H., relais à Garin Dogo, 31 Août 2011).

Les chefs de village et quartier

Les chefs de village jouent semble-t-il, selon tous les informateurs, pleinement leur rôle de mobilisation sociale. Malheureusement nous n'avons pu observer qu'un seul cas de mobilisation. Sur les 9 sites d'enquête de Maradi, Zinder et Tahoua, une seule séance de mobilisation a été faite en notre présence. Il s'agit du village de Gradoumé (Bouza) dans le cadre de la distribution des fonds aux bénéficiaires. Dans les villages de Tahoua, la mobilisation sociale a un caractère particulier. Des enjeux d'ordre financier se cachent derrière la tenue des assemblées villageoises. Dans les villages *filets sociaux*, les chefs de village perçoivent, pour les efforts de

mobilisation, une sorte de prime de 5000F Cfa. Dans le mois, ils sont censés convoquer 4 séances d'assemblée villageoise, ce qui leur rapporte 20.00F Cfa par mois. A Maradi et Zinder, les enjeux sont d'ordre symbolique (rehausser le statut du chef du village) et politique (renforcement de la légitimité, légitimité du village comme interlocuteur du projet).

On dit qu'ils auraient une réelle influence sur le comportement des femmes. Celles-ci répondent aux convocations des chefs lors des assemblées villageoises. Même si les légitimités dont ils jouissent varient d'un village à un autre, il faut noter que les chefs de village continuent d'être des acteurs incontournables. Ils reçoivent les plaintes des relais en cas de difficultés rencontrées dans le cadre des visites à domicile.

La participation des chefs de village, aux côtés des relais communautaires, aux séances de formation renforce leur implication dans le processus de mise en œuvre des PFE.

Les acteurs du projet

Les acteurs institutionnels : la SNV et la logique du faire-faire

La SNV est le partenaire contractant direct de l'Unicef pour les interventions à Maradi et Zinder. Cette institution a été retenue pour « son expérience dans le domaine de la santé ». Mais elle n'intervient pas directement sur le terrain. Conformément au principe du *faire-faire*, la SNV a confié l'exécution de l'opération à des ONG locales (à Maradi, d'abord Kokari puis Tatali, et à Zinder, Al'umma).

Sur le terrain, les activités ont démarré en 2008 alors qu'il n'existait pas de données de référence ni un cahier de suivi communautaire, principal outil de collecte des données. La SNV a élaboré ses propres fiches de suivi, avec lesquelles elle a mené ses activités, bien que non validées au niveau national.

La SNV, de concert avec les ONG chargées de la mise en œuvre, a défini des normes pour le suivi mensuel des activités. Ainsi, il a été retenu le principe que les relais tiennent deux assemblées villageoise et 15 visites à domicile.

Le dispositif d'intervention des ONG chargées de la mise en œuvre du projet repose essentiellement sur les animateurs.

Les animateurs

Contrairement aux relais qui sont désignés par la communauté, les animateurs sont recrutés par les ONG chargées de la mise en œuvre du projet. Ce sont des acteurs « extérieurs » aux communautés dans lesquelles ils interviennent. L'Unicef n'intervient pas dans le recrutement des animateurs. Totalement laissée à

l'appréciation des ONG de mise en œuvre, la sélection des animateurs se fait parfois dans des conditions peu transparentes, notamment à Maradi :

« Au moment où on recrutait, H., c'est un relais, il a postulé. Il était sur la liste d'attente. Mais comme c'est un projet de femmes, ils ont limité les places des hommes...ça n'a pas été respecté. A Bagalam, ils ont eu beaucoup de candidatures féminines, mais comme leurs enfants devraient être casés...J'ai compris qu'il y avait des agents prioritaires lors du recrutement.... A la fin du recrutement, ils n'ont pas écouté ma proposition de recruter uniquement 2 hommes. Quatre hommes recrutés sont les fils des responsables de l'ONG [de Maradi]...H. s'attendait à être recruté...j'ai compris qu'il y avait des "prioritaires" », (HM., responsable Unicef, 5 sept. 2011)

L'interventionnisme lors du recrutement prend la forme d'une règle.

« Après tout ça, j'ai dit à H. : "tu sais le recrutement a été fait sur la base d'un profil et tu n'as pas le profil. Mais j'ai tout fait pour que tu sois présélectionné". Mais à l'entretien on a dit qu'il était trop énervé...»

Sur la base d'une programmation mensuelle, les animateurs assurent le suivi des activités des relais communautaires dont ils sont les correspondants directs. Les animateurs sont recrutés sur la base du niveau 3^{ème}. En tant qu'agents des ONG qui les recrutent, les animateurs perçoivent un salaire.

A Bagalam, le dispositif de suivi des activités est totalement dysfonctionnel à cause du manque de suivi sur le terrain, comme le fait remarquer un relais communautaire :

« Avec l'ONG Kokari, nous sortions 3 fois par semaine, mais nous voyions pas les animateurs qui sont censés nous superviser... », (entretien avec H.G., le 12 Août 211)

Les animateurs ont également pour mandat d'expliquer aux relais communautaire le contenu ainsi que les techniques de mise en œuvre et de suivi de l'adoption des 7 PFE par les communautés. Ils sont en majorité des agents de santé. Ils sont répartis par grappes de villages (chaque animateur disposant d'une grappe variant de 5 à 8 villages) et accompagnent les relais (en moyenne 4 par village). Pour leurs déplacements ils disposent des motos DT 125 en nombre insuffisant. Cela contraint à attribuer une moto à 2 voire 3 animateurs travaillant dans la même localité. Cette situation rend impossible le respect des activités planifiées :

« Nous avons une seule moto et nous sommes au nombre de 4. Dans chaque village, c'est moi qui intervins avec une des animatrices. Si c'est le tour de A. par exemple d'aller dans « ses » village, c'est moi qui vais la conduire...Pour tout Yaouri, nous avons une seule moto. A Dungass, là-bas ils travaillent en binômes... », (S. Animateur à Yaouri)

Une animatrice nous a expliqué les contraintes liées à la mobilisation sociale dans les villages:

« Par exemple, S., comme c'est lui seul qui conduit, il se réveille le matin, chaque jour il doit me déposer, déposer A et il dépose S... Le temps de nous déposer et

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

d'aller dans « ses » village à lui, il est déjà midi. A midi, qui il va trouver ?... », (H., animatrice à Yaouri)

Les superviseurs ou points focaux

Les ONG d'exécution du projet ont désigné des superviseurs ou *points focaux*, chargés de suivre principalement le travail des animateurs. Chaque superviseur a sous sa responsabilité d'une zone géographique.

Alors que les responsables de l'Unicef remarquent qu'à Zinder « il y a une rigueur » dans le travail de supervision, à Maradi, ils constatent que « parfois les superviseurs ne sont pas à leur poste »¹⁸. Comparant la mise en œuvre à Maradi et à Zinder, la responsable de l'Unicef dévoile :

« La seule chose qui change, la dynamique au niveau de Zinder est meilleure à celle de Maradi...Bon ça été dans le recrutement... parce que les animateurs ici ont un certain bagage. La plupart sont des agents de santé et puis les superviseurs de ces animateurs sont dans la santé... et les PFE, c'est la santé... dans leur recrutement ils ont été très sélectifs et comme c'est leur domaine, rien ne leur échappe. Alors que là-bas [Maradi], les superviseurs ce sont des enseignants à la retraite », (entretien avec H.M., Unicef le 5 sept. 2011).

Les autres acteurs

Les acteurs périphériques du dispositif PFE ou les oubliés de l'intervention

Il s'agit de nombreux acteurs situés dans les marges du dispositif officiel et le plus souvent ignoré par lui. Leur rôle n'est pas visible certes, pourtant ils peuvent contribuer à l'atteinte de certains objectifs du projet.

Les personnels des formations sanitaires

Les chefs CSI des aires de santé où intervient le projet ont été formés aux pratiques familiales essentielles. Au fil du temps, cette stratégie qui a consisté à focaliser la formation sur les seuls chefs CSI s'est avérée inefficace et précaire en raison de l'instabilité de ces derniers. Ce fut le cas par exemple de Bagalam, où nous avons rencontré un nouvel agent à la tête du CSI qui est sous-informé par rapport aux PFE.

¹⁸ H.M, Unicef, entretien du 5 septembre 2011.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

Les matrones

Elles sont présentes dans tous les villages, comme en milieu urbain. Certaines sont reconnues par les centres de santé où elles sont sollicitées pour apporter un appui aux agents de santé lors des accouchements, d'autres exercent uniquement dans le village. Les matrones « guident les femmes lorsqu'elles doivent aller au CSI. Elles sensibilisent également les femmes enceintes sur la nécessité d'aller à la CPN ». Les matrones liées à des CSI travaillent en « équipe de garde ». Après les accouchements, les matrones reçoivent une rétribution à partir des fonds versés par la communauté :

« Sur les 2.100 FCFA que paient les femmes, nous percevons 500 FCFA que nous partageons entre nous deux. Chacune a donc 250 FCFA... », (T.A., matrone à Moullé, le 23 Août 2011)

Elles assistent les sages-femmes, entretiennent la chambre de l'accouchée, s'occupent de son alimentation parfois. Elles interviennent dans la toilette de l'accouchée, le « *wankan biki* », et font la toilette du bébé jusqu'au jour du baptême (une semaine après la naissance). En plus de sa rétribution symbolique, la matrone reçoit une rétribution en nature.

Les diverses « personnes d'influence locale »

C'est une catégorie composite. On peut y ranger les tradi-praticiens, qui parfois orientent les patients vers les centres de santé pour les « grandes maladies » qui dépassent leurs compétences. On mettra dans cette même catégorie les femmes leaders de groupements et les membres des divers comités villageois. On peut aussi citer certains leaders des jeunes du village, qui sont capables de mobiliser les jeunes autour d'actions collectives, comme l'entretien des ruelles.

Les écoles coraniques

La ville de Maradi se caractérise par un foisonnement d'écoles coraniques pour les enfants et les femmes. Ces écoles ont été intégrées par certains relais comme espace de communication sur les questions générales d'hygiène et d'assainissement.

Le fonctionnement au quotidien du dispositif

Les assemblées villageoises (shawara)

Elles se tiennent sur la place publique, devant la cour du chef de village, *hilin shawara*.

Les jours

A Gradoumé, les assemblées villageoises se tiennent une fois par semaine. Tous les vendredis, les populations sont invitées à la place du chef pour débattre des PFE. Le vendredi est jour de repos dans le village.

A Hiro, les femmes se retrouvent tous les jeudis devant la cour du chef de village.

Les réunions publiques ne sont pas effectives dans tous les sites pour des raisons qui tiennent à la religion. Du fait de la claustration à laquelle certaines femmes sont astreintes, certaines femmes ne peuvent pas assister aux réunions. Dans les contextes de rigueur religieuse, seules quelques femmes viennent écouter les relais communautaires. C'est le cas à Maradi comme l'explique une responsable de l'Unicef :

« A Bagalam, ils [les relais] ont soulevé la difficulté de réunir les femmes parce que la plupart, 99% des femmes, sont cloîtrées. Donc, elles ne sortent pas. Cette approche de réunir les femmes, ça ne marche pas...la seule fois où ils sont en contact avec les femmes, c'est quand les femmes viennent au CSI. Il n'y a pas de causeries de groupes pour les femmes.... », (H.M., responsable Unicef, 5 sept. 2011)

Le dispositif de communication du projet PFE, reposant sur en partie sur les causeries entre femmes porte en lui-même ses limites, notamment dans des contextes où les femmes sont soumises à la claustration.

Les participants

« Les assemblées villageoises concernent plus les femmes. Pour les absentes, nous nous rendons par la suite chez elles pour discuter avec elles... », (H.A., relais à Gradoumé)

Les visites à domicile

La fréquence des visites à domicile varie d'un site à un autre. A Bagalam, les relais « sortent » trois fois par semaine : les mardis, mercredis et jeudis. A Moullé et Garin Dogo, elles le font une fois par semaine. Dans les villages autour de Tahoua, les visites à domicile ne sont pas toujours effectives.

La fréquence des visites à domicile varie selon les périodes de l'année. Ainsi, elles sont mises en veilleuse pendant la période hivernale à cause des travaux champêtres. Pourtant, ces dernières considèrent que la saison des pluies est le moment des fièvres (pas nécessairement attribuées aux moustiques, mais plutôt à la diversité végétale), comme c'est aussi celui de la prolifération des moustiques. Ce moment devrait donc au contraire être considéré comme le plus approprié pour un changement de comportement, notamment en matière d'utilisation des moustiquaires imprégnées. Certains relais constatent qu'avec cette suspension des activités, « les femmes oublient » ce qui leur a dit. La reprise des séances de communication est toujours difficile parce qu'il faut faire des révisions.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

Les autres formes d'encadrement

Elles sont multiples et s'opèrent implicitement lors des cérémonies de mariage ou de baptême. Ces occasions sont parfois mises à profit par les relais communautaires pour évoquer le lavage des mains, par exemple.

Dans la perception des responsables de l'UNICEF, les *journées PFE*, au cours desquelles les femmes sont primées, devraient également contribuer au changement de comportement. Mais encore, faut-il que ces femmes qui retournent dans leurs villages soient impliquées dans la mise en œuvre des PFE.

Quelques difficultés dans la mise en œuvre du projet

Les incompréhensions entre relais et responsables du projet (Bagalam)

«... Finalement, ce travail que nous faisons... vraiment un moment c'est le président qui investissait. Il nous est arrivé de faire des sorties neuf mois durant sans recevoir un franc en retour, pourtant nous faisons trois sorties à domiciles. Nous sommes allés voir K de l'Unicef qui a promis quelque chose aux relais. Elle a dit qu'elle va faire un plaidoyer pour voir dans quelle mesure à la fin du projet les femmes pourraient bénéficier de chèvres. ...C'est ainsi que les relais ont accepté de continuer comme et à la fin elles n'ont rien reçu ! », (H.G., Bagalam le 12 Août 2011)

Ces incompréhensions ont conduit à un désistement massif de près de la moitié des relais de Bagalam :

« Avant l'ONG Tatali, il y avait 22 relais communautaires. Maintenant il n'en reste plus que 10. Tous les autres ont abandonné », (H.G, *Ibid.*).

Le départ en masse des relais a contribué à handicaper la mise en œuvre du projet :

« Depuis 2008, les choses avancent timidement... Les relais de Bagalam se sont transformés en syndicalistes en revendiquant des salaires.... On a trois animatrices qui n'arrivent pas à travailler à Bagalam. Un jour, au cours d'une réunion, deux relais ont systématiquement démissionné. Ils nous ont envoyé une plate-forme de revendications. Ils veulent être payés et que certains des relais soient transformés en animateurs... », (H.M., 19 Août 2011).

Du fait des revendications qu'ils posent, les relais de Bagalam se sont vu coller une étiquette :

« A Bagalam, c'est le matériel qui intéresse les relais alors qu'à Zinder, c'est l'avantage symbolique... pagnes, pagivoltes, formations, etc. », (A.M., responsable SNV à Maradi, 19 Août 2011)

Les nombreuses incompréhensions entre les relais et les responsables de l'Unicef-Maradi trouvent leurs sources dans le fait que les uns et les autres n'avaient pas tous la même compréhension du bénévolat, comme nous l'avons évoqué plus haut. Cette situation a été renforcée parce qu'aucun engagement formel ne lie les

relais communautaire au projet. Ils ont juste pris un engagement moral...qui a montré ses limites en cours de chemin.

Les relais à plusieurs casquettes

« Ce sont les mêmes relais qui sont utilisés par plusieurs intervenants », (H.M. de l'Unicef, le 05 septembre 2011).

Le projet PFE n'a pas échappé à cette règle devenue classique dans les interventions de développement, notamment en milieu rural. Cette situation fait que divers projets sont monopolisés par les mêmes acteurs. Il serait plus efficace d'ouvrir le choix des relais à d'autres catégories d'habitants du village.

Le sous-effectif des relais à Bagalam et Moullé

Le porte à porte comme stratégie de communication autour des PFE comporte des limites à Bagalam et dans les gros villages. Parmi celles-ci il y a le sous-effectif des relais communautaires par rapport aux concessions à visiter:

« Par exemple, moi j'ai parfois 100 concessions à suivre. Or avec la promiscuité, parfois on peut avoir 16 ménages par concession. Je dois consacrer beaucoup de temps aux visites à domicile, même en 5 mois je ne pourrais pas faire le tour des concessions ! Vous voyez ! Parfois, par jour il est difficile de rencontrer 5 ménages... Pour plus d'efficacité des actions, je pense qu'il faut confier au plus 20 concessions par relais communautaire ! » (R., relais communautaire à Bagalam, 13 Août 2011)

Comme à Bagalam, à Moullé les relais se plaignent de la charge de leur travail de communication interpersonnelle. Le temps imparti pour visiter les ménages est relativement insuffisant, affectant ainsi le déroulement des séances de communication. Concentrées sur une journée, les visites à domicile commencent à 8h et finissent à 12h, le matin. L'après-midi, elles reprennent à 15h pour se terminer à 17h 30. H., relais à Moullé travaille ainsi 6 h 30 mn au total ou 390 minutes pour couvrir l'ensemble des 25 concessions. Elle passe en moyenne, 15,6 mn par concession. Le temps réellement consacré à la communication sur les PFE reste encore plus limité lorsque l'on prend en compte le temps consacré aux salutations d'usage, aux railleries entre femmes et au rassemblement des femmes dans le ménage...

Et si on se rappelle que tout ce travail se fait sans rémunération, on peut avoir des doutes sur sa pérennité et son efficacité

Les désistements des relais

Les désistements sont fréquents. Ils montrent à quel point le bénévolat n'est pas une notion partagée par l'ensemble des acteurs des PFE. Les premières formes de désistement ont été enregistrées à Bagalam (Maradi). Ils sont consécutifs à des incompréhensions autour de la rétribution des relais :

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

« L'ONG Tatali est venue avec son propre dispositif. Avant Tatali, les relais percevaient 5000 FCFA par mois. Mais Tatali a exigé que l'implication des relais se fasse sur la base du volontariat. Ce que les relais n'ont pas approuvé ! »

Les désistements ont également été observés dans deux villages de Bouza, département où les départs en migration constituent presque un mode de vie. A Gradoumé, le relais a quitté pour Abidjan après la crise politique qu'a connue la Côte d'Ivoire. Celui de Hiro a été remplacé par une femme.

Le déficit dans le suivi des activités des relais

« Depuis 1 an, nous n'allons plus sur le terrain », (relais à Bagalam, Août 2011)

Ce constat est vrai pour les villages de Tahoua et Maradi. Ce déficit de suivi tient au fait qu'à Tahoua il n'existe pas un dispositif spécifique pour les PFE. Ce sont les superviseurs recrutés dans le cadre du projet « filets sociaux » qui doivent également suivre le travail des relais. Dans les faits, ces derniers se considèrent plus comme agents du projet filets sociaux qu'animateurs dans le cadre des PFE. Dans la commune d'Illéla, par exemple, certains superviseurs ont même intégré d'autres acteurs (directeur d'école primaire de Libattan Guidan Rana) dans le dispositif de suivi des activités du projet. La mise en place de ce dispositif parallèle au dispositif filets sociaux a pour conséquence d'accroître la distance entre le superviseur et les populations bénéficiaires. Le directeur d'école joue ainsi un rôle d'interface entre le superviseur et la population. Il a fini par avoir des responsabilités non prévues dans le dispositif : c'est lui qui recommande aux femmes bénéficiaires des filets sociaux à qui accorder du crédit, il fait office de secrétaire du groupement villageois des femmes bénéficiaires des filets sociaux.

A Maradi, le suivi des activités est verrouillé par des considérations d'ordre familial qui lient les membres de l'ONG de mise en œuvre.

« A Maradi, c'est une ONG de famille ! Les gens font ce qu'ils veulent et moi ça me met mal à l'aise. La plupart des animateurs sont des enfants des responsables... ils ont des attaches familiales si bien que quand il y a des problèmes entre eux, ça ne sort pas. Moi j'arrive à avoir des informations avec ceux qui se sentent frustrés ! », (entretien avec HM., Unicef le 5 sept. 2011).

Les missions de suivi effectuées par les responsables de l'Unicef ne sont pas toujours appréciées par les animateurs de l'ONG de Maradi. Cette situation se caractérise par une crise de confiance entre les responsables de l'ONG de mise en œuvre de Maradi et les responsables de l'Unicef :

« Cette ONG [de Maradi]... moi je n'ai plus confiance en cette ONG du moment où je suis allé superviser les animateurs que je n'ai pas trouvés à leur poste pendant qu'ils devraient y être... Parce que j'ai dit à leurs superviseurs « il faut que les choses changent », certains ne me parlent plus.... », (entretien avec HM., Unicef le 5 sept. 2011).

Ces extraits d'entretien sont révélateurs de l'inexistence d'un système de sanctions opérationnel. Ou alors, s'il existe, il est difficilement applicable, comme le montre

clairement le discours de HM, responsable de l'Unicef Maradi. Par ailleurs, on peut s'étonner que ce soient les ONG de mise en œuvre qui assurent elles-mêmes le suivi des activités sur le terrain. Cette mission les met dans une situation où elles sont à la fois juge et partie. Pour suivre efficacement les activités de PFE, l'UNICEF doit disposer d'un système de suivi, indépendant de celui des ONG de mise en œuvre.

Les innovations remarquables

Certaines innovations locales ont toutefois pu être observées, et ce sont elles qui rendent en fait fonctionnel le dispositif d'intervention sur les PFE. Le premier cas est de type communautaire ; il se caractérise par une forte implication des chefs de village. Le second cas est d'ordre institutionnel, et lié à l'ONG qui intervient.

L'engagement des communautés villageoises (Garin Dogo et Bandé)

Garin Dogo, introduction de normes nouvelles

« Au cours d'une assemblée villageoise, il a été décidé que quiconque refuse de recevoir un relais communautaire dans son ménage sera carrément mis en quarantaine. Personne dans le village ne viendra ni à un décès, ni à mariage dans son ménage », (entretien avec A., relais communautaire, Garin Dogo, le 31 Août 2011).

Les habitants de Garin Dogo, à l'initiative du chef de village, introduisent ainsi la menace d'exclusion sociale comme mode de mobilisation autour des PFE. Accueillir les relais dans le ménage est désormais une "condition" pour être assisté socialement par les autres habitants du village. Cette mesure contribue certes, à un ancrage social des relais en tant qu'acteurs importants. Mais, nous n'avons pas pu observer des cas de mise en quarantaine d'habitants en raison d'une fermeture de leur ménage aux relais.

Des innovations ont également été rapportées par les relais dans la conduite des visites à domicile. Elles permettent de faire face au problème du niveau d'instruction de certains relais.

« Ce n'est pas nous qui remplissons les fiches, c'est A. qui le fait... Les quatre relais font les VAD ensemble », (S.A.M, relais communautaire, Garin Dogo le 31 Août 2011).

Alors que sur l'ensemble des autres sites observés, les relais travaillent de façon individuelle, à Garin Dogo ces derniers ont décidé de faire les visites à domicile ensemble. Ce qui prend deux jours pour couvrir l'ensemble des 91 ménages. Chaque relais est responsable d'une vingtaine de concessions qui correspondent parfois à des ménages. Une fois les entretiens ménages terminés, le remplissage des fiches, « *cika takarda* », se fait par A., le plus instruit des quatre relais du village. Les trois relais non instruites ne peuvent pas savoir si les informations collectées correspondent réellement aux réponses fournies par les femmes dans les ménages. C'est finalement A. qui a le contrôle du remplissage des fiches.

A la déresponsabilisation de trois relais communautaires en matière de remplissage des fiches, correspond une « sur-responsabilisation » d'A. Celui-ci a acquis une forte assise dans le dispositif PFE du village. Ayant une bien meilleure maîtrise de l'ensemble du dispositif, il est devenu l'interlocuteur privilégié des intervenants (y compris lors de notre passage).

L'engagement des relais se traduit également par des « visites inopinées » en dehors des heures de travail:

« Parfois, les relais organisent, autour de 18h, des visites inopinées dans les ménages pour vérifier que les femmes attachent véritablement les moustiquaires », (entretien avec A., relais communautaire, 31Août 2011).

Une fois par semaine, le chef de village (Sarkin Yamma) est à la tête d'une délégation qui effectue des visites à domicile pour apprécier le niveau d'entretien des concessions. Ensuite, en prélude aux journées de salubrité, c'est lui qui paie les services du crieur public pour rappeler à ses administrés l'opération de salubrité.

Ce sont donc A. le relais communautaire et le chef qui « portent » véritablement le dispositif local.

Bandé, un dispositif de communication interpersonnelle qui fonctionne relativement bien

Comme à Garin Dogo, nous avons observé à Bandé (Yaouri) une réinterprétation du dispositif PFE qui fait que les choses « marchent » relativement bien. Cette réinterprétation se décline sous plusieurs angles que nous passons ici en revue.

- Un nombre maîtrisable de ménages qui permet plusieurs séances de communication interpersonnelle

A Bandé, chaque relais s'occupe seulement de 7 concessions de 3 à 4 ménages. Ce faible nombre de ménages à visiter rend maîtrisable le travail des relais communautaires. Ils ont défini des calendriers de travail souples grâce auxquels ils peuvent échelonner sur plusieurs jours dans la semaine (3 jours sur 7), les visites à domicile (VAD). Les raisons invoquées, selon un relais :

« ... parce que parfois certains ne sont pas présents au moment de notre passage dans les ménages ; parfois aussi, j'évite de bâcler le travail et j'insiste pour que les gens comprennent ! » (L. I., Bandé, 06-10-2011) »

- Des séances adaptées au calendrier agricole

Les relais de Bandé ont intégré le calendrier agricole des populations à celui des communications interpersonnelles au sein des ménages. Ainsi, selon qu'il s'agit de la période d'intenses activités agricoles « *damana* », ou de la période relativement morte située entre la fin des travaux champêtres et la récolte, « *rani* », l'organisation des VAD est différente. Dans le village Bandé, les relais multiplient les visites à domicile en période d'intenses activités agricoles, contrairement à ce qui a été rapporté du village de Moullé. La multiplication des visites à domicile est

présentée comme une stratégie visant à minimiser les risques de ne pas trouver les populations dans les ménages. Cette approche, pour efficace qu'elle puisse être, n'en reste pas moins contraignante pour les relais. Ceux-ci doivent, comme leurs "concitoyens" vaquer à leurs occupations, ensuite faire le tour des ménages. En saison morte, les relais sont moins sollicités, car les visites à domicile se font en une journée « parce que tout le monde est présent à la maison » (L.I., relais à Bandé, 06-10-11). A Bandé, on remarque que les relais procèdent à une réorganisation du dispositif de communication intracommunautaire pour l'adapter aux contraintes saisonnières. C'est donc un dispositif flexible.

- Des réunions périodiques dans les « secteurs »

Les relais organisent des réunions périodes avec les femmes relevant de leur "secteur" (le village est divisé en 4 "secteurs"). Selon les relais, suivant une périodicité allant d'une semaine à dix jours, des réunions sont organisées pour revenir sur les PFE développées lors des VAD. C'est l'occasion de faire une sorte de « mise à niveau » pour les femmes qui n'ont pas bien assimilé les PFE. Ces réunions servent de prélude à une réunion plus élargie qui s'étend à l'ensemble du village.

- Une assemblée villageoise périodique

Toutes les deux semaines, le comité PFE du village tient une sorte d'assemblée villageoise. Les femmes sont invitées pour débattre en public des PFE, sous le regard des sages, des hommes et du chef du village. Lors de l'assemblée, les femmes prennent publiquement l'engagement d'allaiter exclusivement au lait maternel dès qu'elles accoucheront !

- L'accord des maris

La communication interpersonnelle est favorisée par l'engagement des hommes. Cet engagement se traduit par le fait que les maris ont donné carte blanche aux relais, y compris l'homme, d'entrer dans le ménage. Ainsi, dès qu'une femme accouche, Lawali dit se rendre auprès de l'accouchée pour lui rappeler l'engagement, « *alkawali* », qu'elle a pris d'allaiter son bébé exclusivement au lait.

- La visite hebdomadaire des animateurs

Tous les vendredis l'animateur se rend dans le village pour suivre les activités confiées aux relais (les VAD et les séances de communication sociale).

Les habitants de Bandé ne sont pas restés enfermés dans le schéma officiel prévu par le projet. Ces initiatives sont remarquables certes, mais nous n'avons pas pu en situer l'origine. Emanent-elles des habitants du village, du chef, ou sont-elles "importées" par les animateurs ?

Une hypothèse : le village a été lauréat en matière d'assainissement, position qu'il est indispensable de maintenir. Pour cela, il faut insister auprès des populations afin qu'elles aient une bonne maîtrise des PFE. Cette première collaboration avec l'Unicef représente pour la population, le chef de village en tête, un ticket d'accès

à d'autres projets éventuels comme le laissent transparaître les attentes exprimées au cours d'un entretien :

« Nous voudrions attirer les projets vers notre village... afin de bénéficier d'une banque céréalière. Il y a une banque céréalière à Garin Tougé, mais à laquelle nous n'avons pas accès. Nous souhaiterions avoir une case de santé plus proche. Nous souhaitons avoir des charrettes pour évacuer les malades. Nous voudrions aussi des moulins, celui de Garin Tougé n'est pas fonctionnel, le moulin implanté dans notre village n'appartient pas au village.... »

La quête d'une autonomie vis-à-vis de Garin Tougé renforce le niveau d'engagement des habitants de Bandé. A cela s'ajoutent les attentes en termes de réalisations par d'autres projets. Bandé est un village jeune, en quête de reconnaissance officielle qui veut exister dans la localité.

Les innovations institutionnelles : la « greffe » du dispositif d'encadrement

Ces innovations émanent de l'ONG Al'umma, chargée de la mise en œuvre des PFE à Zinder. Forte de son expérience en matière d'interventions dans le domaine de la santé, l'ONG a réussi à greffer le dispositif d'intervention sur les PFE au dispositif d'encadrement du centre de santé intégré de Yaouri. A Yaouri l'ONG a été impliquée dans la mise en œuvre du « projet d'appui au secteur de l'eau et de l'assainissement » (PASEA), notamment à travers la mise en place et la formation des structures de gestion des centres de santé. Le site de Yaouri n'est donc pas nouveau pour l'ONG. A Yaouri, le projet PFE intervient dans une trentaine de villages. La présente section tente de décrire comment s'opère « la greffe » dans le dispositif de la santé.

« Trouver un tuteur » au dispositif PFE à Yaouri : mise en place d'un partenariat avec le CSI

« A regarder les PFE de près, les services bénéficiaires, c'est la santé. Nous nous sommes dit qu'il faut trouver des « tuteurs » sur le terrain. Et nous avons identifié les CSI avec lesquels nous avons mis en place un cadre de partenariat. Nous leur avons demandé d'observer ce que ces animateurs-là font sur le terrain.... Quand les animateurs ont des problèmes, qu'ils n'hésitent pas à venir demander conseils au chef CSI... Egalement si les chefs CSI ont des difficultés, qu'ils n'hésitent pas à collaborer avec les animateurs... » (G., responsable de l'ONG Al'Umma, le 15 octobre 2011)

Pour rendre opérationnelle la « greffe », les responsables de l'ONG ont créé un cadre de relations entre leurs animateurs et les personnels du centre de santé intégré de Yaouri.

« On n'a pas créé un cadre formel de relations de chef à subordonnés, mais c'est tout en respectant l'autorité du ministère de la santé qui est en place. Et c'est le chef CSI » (Goundara)

Autrement dit une hiérarchie informelle a été créée : les animateurs sont « sous l'autorité du chef CSI ».

« Ce sont deux mains que se lavent » : une logique « gagnant-gagnant »

C'est avec un réel enthousiasme que les animateurs de l'ONG nous ont décrit leurs relations aux personnels de santé. Cet enthousiasme provient du fait que l'implication des animateurs dans le fonctionnement du CSI leur permet de se « faire la main » en tant qu'agents de santé.

« Nous avons remarqué qu'au niveau de certains CSI, il y a un problème de personnel. Nous nous sommes dit, nos animateurs étant des agents de santé¹⁹, ils peuvent aller au niveau des CSI pour les aider à décongestionner rapidement, mais également ils vont profiter pour apprendre davantage.... Comme on dit dans notre langue, ce sont deux mains qui se lavent...donc c'est ce que nous mettons en pratique » (entretien avec G., responsable ONG Al'umma, le 15 octobre 2011).

L'engagement des animateurs a été renforcé par une stratégie de responsabilisation selon laquelle ils doivent contribuer à la production des statistiques sanitaires:

« ...Nous avons dit à nos animateurs, avant leur départ sur le terrain, que toutes les données qui seront collectées vont renforcer les données du CSI.... C'est logiquement par rapport à cela que nous avons dit que nos animateurs doivent travailler en collaboration étroite avec les chefs CSI. Nous aurons à gagner, ils auront aussi à gagner», (Illou Babaye, responsable ONG Al'umma, Zinder le 15 octobre 2011)

Les limites de la « greffe » de l'ONG Al'umma

Les cases de santé constituent le principal chaînon manquant dans la collaboration avec les animateurs de l'ONG. Pour les principaux responsables de l'ONG Al'umma, il revient aux chefs CSI de créer un cadre de collaboration entre les responsables de cases de santé et les animateurs. Illou Babaye donne les précisions suivantes :

« Nos animateurs, quand ils vont dans les villages, ils les [les responsables des cases de santé] saluent et ils continuent dans le village. Les cases de passage sont à un niveau périphérique et doivent logiquement travailler avec les relais communautaires ».

Il arrive que les responsables de l'ONG prennent des initiatives pour créer un cadre de collaboration avec les cases de santé, mais il est évident que les efforts ne sont pas suffisants :

« Pour certaines cases de santé, on a tenté de faire la mise en relation....On a dit au chef CSI de voir comment briefier son agent de santé communautaire et les relais pour qu'il puisse travailler avec les animateurs...Nous ne voulions pas trop nous ingérer dans des choses qui ne nous regardent pas ! », (G., responsable de l'ONG Al'umma, le 31 Août 2011).

¹⁹ Il y a une infirmière diplômée d'Etat, un technicien d'hygiène et assainissement et une animatrice culturelle.

Conclusion

Le projet PFE est socialement ancré dans les villages. Cet ancrage s'exprime à travers des acteurs occupant des positions variées dans les villages et dans le dispositif d'intervention du projet : chefs de village, leaders religieux, relais communautaires, agents de santé, notamment dans les villages dotés de centre de santé intégré. Cette liste mérite toutefois d'être élargie à l'ensemble des acteurs qui sont encore situés dans les marges du dispositif : les matrones, les groupements de jeunes, les femmes âgées, les femmes primées, etc.

Dans les villages de Maradi, notamment nous avons constaté la présence de plusieurs femmes primées par l'Unicef pour leur bonne maîtrise et le niveau d'adoption des pratiques familiales essentielles. Elles constituent pour le projet des leviers non négligeables pour la mobilisation sociale dans leurs propres villages ou dans les villages environnants.

Mais le dispositif repose pour l'essentiel sur deux groupes stratégiques. D'une part les relais communautaires, dont on a vu que la désignation échappait au projet, dont le statut de bénévole est très ambigu, et dont la charge de travail est parfois beaucoup trop importante. D'autre part, les animateurs, dont il faudrait mieux évaluer le travail, ce qui n'était pas dans les possibilités de notre enquête.

Les réussites semblent paradoxalement fortement liées à des innovations locales.

Un meilleur ancrage institutionnel du projet PFE constitue un défi important pour les années à venir. Les bases existent : ce sont les formations sanitaires, les communes, les services techniques. Mais ces institutions restent à ce jour en marge du projet.

Les CSI et les cases de santé

L'exemple de Yaouri montre que les centres de santé intégrés peuvent servir de premier niveau d'ancrage au projet, les pratiques familiales étant prioritairement des questions de santé. Mais cela dépend des CSI comme des ONG de mise en œuvre du projet, et le problème des cases de santé reste ouvert.

Les communes

« Où rattacher les relais communautaires pour pouvoir les contacter même après les PFE ? Ils sont là et ils flottent... » (S-G de la commune de Sarkin Yamma),

L'ancrage institutionnel communal apparaît comme une impérieuse nécessité pour la pérennisation du projet. Les autorités municipales de Sarkin Yamma reconnaissent volontiers le travail des relais communautaires en matière de santé, mais constatent qu'il n'existe aucune structure formelle comme interlocuteur avec la mairie. C'est pourquoi, font-ils remarquer, il est difficile de collaborer avec eux.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

Les services techniques

Au cours de nos enquêtes, nous avons constaté l'absence des services techniques déconcentrés dans le dispositif du projet PFE : hygiène et assainissement, hydraulique rurale, éducation nationale, forces de sécurité, préfectures et sous-préfectures sont ainsi ignorées, alors que les uns ou les autres pourraient jouer un rôle positif. On pense en particulier aux enseignants.

Pourtant, dans le dispositif d'intervention, les responsables du projet nous ont fait cas de l'existence de comités régionaux ou départementaux. Il est à noter que ces comités sont plus visibles au niveau des réflexions, mais sont peu présents au niveau de la mise en œuvre au quotidien des activités du projet à l'échelle des communautés villageoises.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

IV. LE LAVAGE DES MAINS AU SAVON

Introduisons cette section par une observation réalisée dans le village de Moullé (Maradi) en deux phases par notre assistant Boubacar Amadou.

Observations dans un ménage vulnérable à Moullé

Séance 1 : Lavage des mains, allaitement exclusif, hygiène corporelle, des pratiques non intériorisées

Vendredi 24 Août 2011, cette observation a été menée dans la concession de Mr Garba Kanwa, un habitant résidant dans le village de Moullé. Elle s'est déroulée de 10h à 13h. Le choix de Garba est déterminé par sa situation relative de ménage vulnérable déduite par des personnes ressources notamment le chef de village et le l'imam. A 10h, les concessions sont pratiquement vides. Il ne reste que les personnes âgées et les tous petits enfants dont l'âge est compris entre 0- 5 ans. Tout le reste des membres se trouve au champ. Nous avons observé que 4 ménages vivent dans la concession. Il s'agit du père et des ménages de ses fils mariés avec qui il vit. Chaque famille dispose d'un habitat construit en banco constitué d'une seule chambre avec un hangar placé à sa devanture. Il existe aussi deux cases dans un coin de la maison.

A coté des chambres se trouvent les toilettes pour se laver. Au milieu de la concession se trouve également déposé tout le matériel qui sert à traiter les céréales. Il s'agit des mortiers, des pilons, des calebasses et quelques tasses. Les récipients qui servent à prendre et à garder l'eau dont les familles font usage sont composés de bidons de 20 à 25 L et des jarres qui n'ont pas de fermetures. Une autre partie de la concession est réservée pour les animaux. C'est un enclos à ciel ouvert délimité par des troncs d'arbres. Cet espace sert également de dépotoir où sont déversées les ordures ménagères de la concession. Les pilons sont également déposés après usage sur les troncs qui se trouvent au niveau de l'enclos des animaux.

Cette concession est un point de rencontre de quelques femmes voisines du quartier qui se retrouvent pour piler leurs céréales du fait de l'existence d'un grand arbre qui donne de l'ombre. Vers 11h de la matinée, les femmes sont de retour des champs. Parmi elles, nous avons des allaitantes, des femmes enceintes, des jeunes femmes et des filles. Elles étaient environ une dizaine avec leurs enfants. Les hommes reviennent également à cette heure avec des sacs remplis d'herbe fraîche pour les animaux maintenus attachés dans l'enclos.

Dès leur arrivée, les femmes continuent les travaux avec le traitement des céréales (mil, sorgho). Souvent, les enfants sont allaités pendant qu'elles pilent. Les enfants qui ne sont pas mis au sein restent à même le sol pour jouer en attendant d'avoir faim et réclamer le lait ou la boule. A ce moment de la journée, les maisons se remplissent de femmes et d'enfants. Les techniques d'allaitement, telles qu'elles sont préconisées dans les formations sanitaires, ne sont pas du tout respectées par les femmes.

Au cours de leurs activités domestiques, les femmes utilisent un peu d'eau pour rincer les ustensiles. Par exemple pour laver le mil, c'est avec un à deux litres environ d'eau qui sont utilisés. Ce sont les ustensiles d'usage immédiat qui sont lavés. Ce lavage se fait à l'eau simple. Nous avons également remarqué que le matériel utilisé pour la cuisine depuis la veille est intact. Les ustensiles ne sont rincés que lorsque le besoin de les utiliser arrive. D'ailleurs, ces ustensiles sont dans la plupart du temps déposés à côté de l'enclos des animaux et servent occasionnellement d'abreuvoir. Il s'agit des marmites et des calebasses.

Concernant la mise au sein, lorsque les bébés manifestent le besoin de téter, ils sont directement allaités sans un soin préalable de laver les seins. On a également constaté que ces enfants n'ont pas subi de bain pendant plusieurs jours. Certains sont restés avec les mêmes habits durant 3 à 4 jours.

Dans le même moment, pendant que les enfants jouent, d'autres saisissent l'occasion pour aller déféquer et reviennent vers les mères qui ne leur prêtent aucune attention. Parmi eux, une fillette de 3 ans avait fait ses besoins dehors. Elle est rentrée à la maison avec sa mère sans être nettoyée. C'est au cours de notre entretien que son grand-père a fait la remarque et a demandé aux femmes de nettoyer la petite fille. Entre temps, la fillette s'est mise à se déplacer de tabouret en tabouret à s'asseoir sur les nattes et les pieds de son grand père. Quelques minutes plus tard, un des oncles de la fille fait la remarque et instruit les femmes qui sont présentes de nettoyer la fille mais hélas aucune femme ne s'est intéressée à le faire. Jusqu'à la fin de notre observation, la petite fille n'a pas été nettoyée. Elle est restée avec les mouches derrière elle et se promène dans la concession. Elle va vers toutes les personnes et s'assoit ou bon lui semble.

Cette observation fait ressortir une défaillance des personnes dans la pratique de l'hygiène et du lavage des mains. Les ustensiles sont rincés à l'eau simple sans savon. Les enfants présentent l'air d'avoir passé plusieurs jours sans être lavés, les femmes n'ont pas procédé au lavage des mains et de leurs seins de retour des champs et pour allaiter les enfants.

Ces séances d'observation introductives plantent ainsi le décor sur la réalité des pratiques familiales essentielles vues « *par en bas* », c'est-à-dire au plus près de la réalité des concessions et des ménages. Elles n'épousent pas toujours les préconisations de l'UNICEF.

La pratique du lavage des mains exige certains préalables : de l'eau, du savon et la maîtrise technique des huit étapes proposées. Selon les populations enquêtées, c'est le savon « Lavibel » qui est préconisé. Il faut également de l'eau potable. Enfin, les communautés sont censées maîtriser les huit étapes. Dans les faits, comment se présentent ces pratiques ? Autrement dit, qu'est ce qui détermine la pratique du lavage des mains (ou non) dans les communautés d'enquête ?

Connaissances et discours sur le lavage des mains

Dans le discours des populations enquêtées, la pratique du lavage des mains est associée à la question générale de l'hygiène. La sensibilisation, *gargadi*, sur

l'hygiène n'est pas née avec les pratiques familiales essentielles. Mais elle trouve à travers le lavage des mains un ancrage plus ciblé.

Dans certains villages visités, le lavage des mains est considéré comme une pratique relativement appliquée par les femmes. N.K., relais communautaire à Bandé considère le « lavage des mains comme la deuxième PFE la plus pratiquée après la fréquentation des centres de soins » (entretien avec N.K., Bandé, 2011)

Q: « Parmi les 7 PFE, quelle est celle que les femmes pratiquent le plus? »

R: Celle que les femmes pratiquent beaucoup plus c'est celle portant sur la fréquentation des centres de santé.

Q: Et quelle est la deuxième PFE pratiquée par les femmes? »

R: C'est le lavage des mains au savon ! »

Classant les PFE par niveau d'adoption, un animateur de l'ONG Al'Umma intervenant dans la commune rurale de Yaouri souligne :

« Au niveau du lavage des mains, c'est vrai qu'on n'a pas vu ça de façon palpable, parce qu'on n'est pas resté longtemps dans les villages. Mais, sur le lavage des mains, ce n'est pas possible aujourd'hui qu'un enfant mange sans se laver les mains... » (entretien de groupe avec les animateurs de Yaouri (Zinder), octobre 2011).

« Nous avons vu l'importance des PFE, notamment le lavage des mains ; c'est le point le plus important des PFE et de la santé » (chef du village de Bandé, 13 octobre 2011)

Le niveau de connaissance et les canaux d'information

Moments de lavage des mains

Reprenant les discours reçus « à la radio », « sur la place publique du village » « chez le *likita* (lit. centre de santé) » ou « grâce à un projet », les populations semblent avoir intériorisé le principe de se laver les mains avant de manger, et après avoir mangé. C'est une règle bien connue.

« On profite des campagnes de vaccination pour dire aux femmes de se laver les mains au savon » (entretien avec le chef CSI de Gradoumé, le 26 nov 2011).

Il y a donc une relative bonne *connaissance* de l'importance du lavage des mains au savon dans les communautés rencontrées. Mais ces connaissances sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes. À la question 'à quels moments vous vous lavez les mains?', les enquêtés répondent unanimement « avant et après avoir mangé, au retour des WC (si ça existe), avant de préparer le repas, etc ». Mais ce discours tenu par la plupart de nos interlocuteurs est loin des pratiques.

Les moments de communication sur le lavage des mains sont nombreux. On retiendra les visites à domicile faites par les relais communautaires, les campagnes de vaccination, les propos des agents de santé lors des consultations médicales, les émissions radiophoniques, les tournées de suivi des activités d'un projet (ATPC, PHV, etc.). Il y a aussi parfois les cérémonies sociales comme les baptêmes ou les mariages.

Par contre, les enquêtés ne se réfèrent pas systématiquement « au lavage des mains au savon ».

Mais lorsqu'il est question de lavage des mains au savon, les enquêtés évoquent essentiellement les principaux repas de la journée : *zazafe* (lit. plat réchauffé, pour le petit-déjeuner), *tuwon dare* (le dîner) et, plus rarement, *tuwon rana* (le déjeuner). Aucune allusion n'est faite aux nombreux « grignotages » pris individuellement ou dans les espaces de sociabilité : fruits, viande, fritures, beignets, etc. Dans les espaces de sociabilité, le lavage des mains est quasi inexistant, comme nous avons pu l'observer.

Les personnes rencontrées évoquent rarement la nécessité de se laver les mains après avoir utilisé les toilettes. Il faut noter que la majorité des concessions visitées ne disposent pas de latrines. Lorsqu'elles existent, leur utilisation est réservée aux personnes âgées et aux enfants (cas observés à Moullé). De fait, seule une partie des membres des concessions s'en servent, l'autre partie continue de faire les besoins en brousse... et le plus souvent sans eau. Certains interlocuteurs disent qu'ils se lavent les mains une fois de retour dans les concessions.

La technique du lavage des mains

Dans leur majorité, les communautés rencontrées n'ont pas une bonne maîtrise des huit étapes du lavage des mains. Au cours des entretiens, les personnes rencontrées évoquent juste le lavage des mains, sans citer les étapes dans la chronologie souhaitée. Elles insistent sur les difficultés à maîtriser les huit étapes.

Les agents de santé eux-mêmes reconnaissent qu'il est difficile d'attendre des communautés qu'elles maîtrisent les huit étapes du lavage des mains. Ils sont, par conséquent, moins exigeants sur l'adoption de cette pratique :

« Il est difficile pour les populations de maîtriser les 8 étapes du lavage des mains...Mais on s'est dit qu'il faudrait les maintenir. Ainsi progressivement, les gens vont les maîtriser » (chef CSI de Yaouri, 14 oct. 2011)

Les perceptions des communautés villageoises autour du lavage des mains

L'analyse des perceptions liées au lavage des mains fait ressortir au moins deux registres de légitimation de cette pratique :

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

Le lavage des mains comme exigence religieuse

« *Inda babu tsapta babu addini*, (lit. là où il n'y a pas propreté on ne peut pas pratiquer la religion) ».

Le lavage des mains comme protection contre les maladies

Ici les personnes rencontrées font le lien entre le lavage des mains, l'hygiène et la protection contre certaines maladies. Le lien entre le lavage des mains et la santé est abordé sous plusieurs dimensions.

« L'hygiène protège contre la diarrhée et le vomissement provoqués par les déchets
« *kazamta* » (lit. saleté).

« Quand on mange avec les mains sales, on peut avaler des saletés qui provoquent la diarrhée »

« Grâce au lavage des mains, il y a un recul des maux de ventre dans le village, notamment chez les enfants : « nous sommes d'accord avec cette pratique puisque la propreté intéresse tout le monde » (guérisseur Dan Tsoho) »

« Ce sont les mains sales et les mouches qui ont causé la maladie des yeux de mon enfant [trachome]. *Koujé kazami né* (lit. la mouche est sale), même si la mouche ne touche rien si elle se pose sur tes habits, elle va les salir » (S.A., bénéficiaire des filets sociaux, Hiro, le 30 nov.2011)

« Il faut se laver les mains avant et après avoir mangé pour se protéger des maladies. Parce que ça peut causer des maladies qu'on ne peut pas soigner ici, comme le choléra » (entretien avec A.A., mari d'une bénéficiaire des filets sociaux, Libattan Guidan Rana, 10 déc. 2011)

« Il faut se laver les mains avec du savon pour se protéger des maladies. Parce que sous les ongles, il y a des maladies » (entretien avec el.G.T., Libattan Guidan Rana, 10 déc. 2011).

L'appropriation locale du lavage des mains

« *En wankin hanu da sabuli* » (lit. lavage des mains au savon) est une expression locale utilisée pour désigner les « relais communautaires », témoignant ainsi du lien entre le lavage des mains et le dispositif de diffusion des PFE.

Difficulté de contrôler la pratique du lavage des mains au sein des ménages

Le suivi de la pratique du lavage des mains est difficile à faire. Qu'il s'agisse des responsables des centres de santé, des chefs de ménages ou même des animateurs, tous sont unanimes pour reconnaître qu'il est difficile de vérifier si réellement les personnes ciblées se lavent les mains selon les principes promus par l'Unicef.

« On a montré [le lavage des mains] aux femmes, mais je n'ai jamais contrôlé si ça se pratique effectivement ! » (responsable de la case de santé de Zaggawa peulh, le 09 oct.2011)

« Le lavage des mains, tel que préconisé par le projet, ce n'est pas la préoccupation des populations » (Y.A., imam du village de Hamidawa, entretien du 13 oct.2011).

« Les femmes connaissent les PFE, mais la question est de savoir si elles les appliquent. Le CSI ne détient plus les données PFE » (entretien avec Mme M.H., chef CSI de Bagalam, entretien du 16 Août 2011)

La disponibilité du savon dans les villages visités

Il existe, dans les villages visités, une bonne disponibilité de savon. L'approvisionnement en savon se fait de deux manières. D'une part il y a l'achat au niveau des boutiques du village ou auprès des petits détaillants. Le second mode d'approvisionnement est l'envoi par les migrants. Nombre de femmes nous ont affirmé qu'elles reçoivent régulièrement du savon de la Côte d'Ivoire, du Nigeria ou même de Niamey.

Les types de savon et leur utilisation

C'est souvent en fonction de la provenance que les populations donnent des noms aux savons. C'est le cas de *dan Abija* (lit. d'Abidjan) pour désigner le savon « BF ». Il est aussi connu sous le nom de *dan deka* (allusion à la danse coupé-décalé d'origine ivoirienne). Il en est même pour *dan Yamai* (lit. de Niamey) pour le savon de Marseille « Lavibel ». Un même type de savon peut avoir plusieurs appellations. Le savon de Marseille est connu sous plusieurs noms : *dan kopro*, *ambon kato*, *yankan kussa*, *mai kan saniya* (lit. qui a la tête de vache), etc.

Le savon connu officiellement sous le nom « Blanco » est appelé localement *borin kunfa* ou *dan bule*. Les populations l'appellent *borin kunfa* à cause de la forte mousse. Le savon parfumé de luxe utilisé essentiellement pour la toilette est appelé *solaye*, probablement à cause de son caractère lisse et de sa forme ovoïde.

Dans les sites de Maradi, les populations rencontrées préfèrent utiliser le savon « *dan kopro* » (lit. 'fils de la coopérative' : Lavibel) vendu selon les zones entre 175 FCFA et 200 FCFA. *Olga*, *Bani* et *Wangassa* sont utilisés par défaut. Au pire des cas, les enquêtés recourent au savon de fabrication artisanale « *sabunin toka* » à base de potasse ou cendre (*toka*). On constate, dans l'ensemble, un faible usage du savon en poudre selon les discours des enquêtés. Les détergents *Omo* et *Soklin* sont les seuls à avoir gardé leurs noms d'origine.

L'introduction d'un nouveau type de savon donne lieu à l'introduction d'un terme nouveau, enrichissant ainsi le répertoire des sémiologies locales. Dès lors, affirmer que « les populations utilisent le savon pour se laver les mains » est insuffisant : il faut savoir quel type particulier de savon est mobilisé pour tel ou tel usage.

Dans le village de Hiro, l'usage habituel du savon *borin kunfa* est lié à la qualité de l'eau. Lorsque le village s'approvisionnait en eau de puits, seul ce type de savon pouvait mousser. L'arrivée de l'eau potable n'a pas découragé les habitants d'utiliser ce savon.

En général, le savon « Lavibel » est la référence en matière de lavage des mains. Il est de meilleure qualité parce qu'il « soigne les boutons sur la peau », selon les populations, qui reprennent sur ce point le discours bio-médical. A côté de ses vertus antiseptiques, les personnes enquêtées à Tahoua attribuent au savon « Lavibel » des vertus médicinales. Après l'avoir fait mousser dans de l'eau, les populations le boivent comme médicament contre les hémorroïdes. A travers cet usage médical, *dan kopro* élargit une pratique "traditionnelle" déjà ancrée : pour soigner les hémorroïdes, les populations boivent une solution du savon « *sabunin salo* ».

La cendre, toka, comme alternative au savon

« A défaut du savon, nous pouvons utiliser la cendre pour le lavage des mains ». Ce type de discours est récurrent auprès des communautés rencontrées. Mais, dans l'ensemble, la cendre constitue le dernier recours. Le recours à la cendre a créé une petite activité. Les femmes qui ont peu de ressources achètent du savon à base de cendres (savon traditionnel) produit sur place. Dans le discours des animateurs en matière des PFE, c'est le « savon de Marseille », localement connu sous le nom de « *dan kopro* », qui est conseillé pour le lavage des mains. Mais *dan kopro* reste inaccessible à nombre de ménages à Bagalam à cause de son prix jugé élevé pour certains ménages. De plus, on affirme parfois qu'il « finit vite », ce qui nécessite un renouvellement fréquent.

Il est difficile, au regard des informations collectées, de relever des différences entre les sites urbains et les sites ruraux en matière d'accessibilité au savon *dan kopro*. En désagrégeant les ménages, on constate aisément qu'en ville comme en milieu urbain, l'accès au savon de qualité reste un problème.

Sur le terrain, des variations de prix ont été observées d'un village à un autre. Mais également, au sein d'un même village, les prix diffèrent selon le type de savon. Les prix des savons sont appréciés en fonction des variétés mais, de manière générale, les villageois les trouvent élevés. La majorité des interlocuteurs dans les villages considèrent que le savon « *Lavibel* » est le plus cher, donc le moins accessible. La communication sur le lavage des mains est centrée sur le savon « *Lavibel* » alors que son prix constitue un obstacle pour les populations. C'est d'ailleurs en raison de cette cherté que nombre d'enquêtés disent recourir aux autres types de savon qui, pour nombre d'entre eux, à prix égal, durent plus longtemps que le savon « *Lavibel* », lequel ne dure qu'entre trois jours et une semaine selon la taille des ménages. C'est par souci d'économie que les ménages diversifient les types de savons. L.S., chef de ménage de 35 ans rencontré à Hamidawa (Yaouri), préfère utiliser le savon *bata ka huta* pour la lessive, à cause de son caractère durable. *Dan kopro* est réservé aux toilettes et au lavage des mains (entretien avec L.S., 12 nov.2011, Hamidawa).

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

	Types de savons	Les prix	Utilisation
Tahoua	Le savon de Marseille « Lavibel » ou <i>ambon kato</i> ou <i>mai kan saniya</i> ou <i>yankan koussa</i>	175F Cfa en ville et 200F Cfa	Toilette, lavage des mains, lessive, traitement maladie
	BF ou <i>dan décalé</i> ou <i>dan abija</i>	350F Cfa à 400F Cfa	Lessive, toilette
	<i>Dan boulé</i> ou <i>kaba kouro</i>	150F Cfa à 175F Cfa	Vaisselle
	Blanco ou <i>borin kunfa</i>	150F Cfa à 175F Cfa	Lessive, toilette,
	Omo ou so kline	25F Cfa ou 50F Cfa	Vaisselle ou lessive
	<i>So klin</i>	25F Cfa ou 75F Cfa	Lessive ou vaisselle
	Savon parfumé de Luxe, <i>Solaye</i>	150F Cfa à 200F Cfa	Toilette
	Maradi et Zinder	<i>Dan kopro</i> , savon de Marseille « Lavibel »	175F Cfa à 200F Cfa
<i>Olga</i> ou <i>Wangassa</i>		125F Cfa à 150F Cfa	Vaisselle
<i>Bani</i>		125F Cfa	Lessive

Tableau des différents types de savon et leur utilisation (nos enquêtes)

Dans les ménages, l'achat du savon est de la responsabilité du mari. C'est lui que doit mettre le savon à la disposition de sa – ou ses - femme (s). A défaut, il lui donne de quoi s'en procurer. Ce partage des rôles n'est pas toujours rigide. Il arrive souvent que les épouses aident leur mari pour « sauver la face ». Cette catégorie de femmes se compte essentiellement parmi les bénéficiaires des *filets sociaux*.

Une fois dans le ménage, l'utilisation du savon échappe totalement au contrôle de l'homme. L'utilisation et la conservation du savon sont les prérogatives de la femme.

Le lavage des mains au savon comme contrainte

La pratique du lavage est porteuse de contraintes. Ces contraintes se présentent sous deux angles. Elles peuvent apparaître au niveau individuel ou au niveau de l'ensemble du village.

Les contraintes au niveau individuel : « quelqu'un qui a faim peut-il se donner le luxe d'acheter du savon ? »²⁰

Cet extrait d'entretien avec un chef de ménage rencontré à Gradoumé (Tahoua) résume une des contraintes majeures que rencontrent les paysans : la question de la priorisation des dépenses du ménage. La priorisation des dépenses est plus cruciale en situation alimentaire difficile comme c'est le cas en ce moment dans le département de Bouza.

Au niveau individuel, les contraintes sont essentiellement relatives aux dépenses qu'implique pour le ménage le lavage des mains. Prenons le cas de L.S qui vit à Hamidawa, près de Bandé (Yaouri). Il a 35 ans, non scolarisé et marié à une femme. Il a 3 enfants dont le dernier a été sevré à 1 an 9 mois, suivant la norme sociale du village. Pour les besoins de son petit ménage, il achète tous les mois environ 10 morceaux de savon, soit 1.750 FCFA. Le ménage s'approvisionne en eau potable au niveau de la pompe. Sa consommation est de 6 bidons par jour. Les dépenses hebdomadaires s'élèvent à environ 60 nairas (200 FCFA). Dans le mois il achète donc 800 FCFA d'eau. Les dépenses du ménage pour l'eau et le savon s'élèvent au total à 2.550 FCFA par mois. Dans le village, l'agriculture constitue la principale source de revenus de L.S. lorsqu'il ne part pas en migration. Les dépenses en savon et eau affectent ainsi considérablement son budget.

Etude de cas 1 : les dépenses du lavage des mains dans un ménage vulnérable

« Je vends du mil lorsqu'il faut acheter du savon. Ça nous appauvrit [le lavage des mains], mais on n'a pas le choix puisque nous recherchons la santé ! » (G. B., 70 ans, chef de ménage vulnérable, Moullé)

A 70 ans, G.B.vit avec son épouse dans une grande concession qu'ils partagent avec leurs trois fils chefs de ménages auxquels s'ajoutent trois filles mariées elles aussi. La gestion de la famille est assurée par G.B. Ils ont 14 petits-enfants qui passent la journée dans la concession. Ils vivent d'une agriculture aux rendements incertains et des envois ponctuels (variant entre 2.000 FCFA et 15.000 FCFA) de la part de l'un de ses fils parti en exode à Tahoua où il est employé comme ouvrier maçon. Sa récolte n'atteint jamais les premières pluies de l'année suivante parce qu'il est « obligé » de revendre une partie pour faire face à certains besoins de famille. Lorsqu'il en récolte, le haricot est revendu également.

²⁰ Lawali Salifou, mari de femme bénéficiaire des filets sociaux, Gradoumé, le 27 nov.2011.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

Aidé par son épouse, G.B. a montré les 8 étapes du lavage des mains. Pour les besoins en savon, ils utilisent *dan kopro* acheté à 175 FCFA après avoir vendu une partie des vivres. Chaque semaine, il lui achète 2 morceaux de savon portant ses dépenses mensuelles à 700 FCFA pour l'achat du savon. En réaction, le fils de G.B. précise que « il faut compter 8 morceaux de savon par mois. Comme *dan kopro* coûte cher, on lui associe le savon *wangasa* (150 FCFA)...c'est pendant la récolte qu'on peut acheter facilement le savon *dan kopro*...»...

A cela il faut ajouter l'achat de l'eau dont 8 bidons par jour sont nécessaires pour satisfaire les besoins de la concession. Les dépenses pour l'eau s'élèvent à 100 FCFA par jour en raison de 25 FCFA les 2 bidons de 25 litres.

Tous les mois, la famille de G.B. doit déboursier au moins 3.000 FCFA pour les besoins en eau et 700 FCFA pour le savon, soit 3.700 FCFA.

Dans les ménages vulnérables, les exigences du lavage des mains sont une véritable contrainte. Assez souvent, l'adoption de cette pratique a un coût important que les ménages supportent en prélevant sur la production agricole, seule ressource monnayable à leur disposition. Pour réduire les effets des dépenses, le ménage adopte la stratégie qui consiste à varier les types de savon utilisés. Le savon *Lavibel* est le plus souvent utilisé au moment des récoltes du fait de la relative bonne disponibilité financière des ménages. Le reste du temps, *dan kopro* est associé à d'autres types de savon, de moindre qualité mais plus accessible financièrement.

Etude de cas 2 : « vraiment j'ai oublié... » : les réalités cachées du lavage des mains

Au cours de nos enquêtes, nous sommes intéressés au « cas » de S. M. Chef de ménage monogame, il a deux enfants. Après ses études coraniques à Zaria au Nigeria, il est revenu s'installer à Moullé où il vit depuis une quinzaine d'années. Cela ne l'empêche pas de migrer temporairement vers le Nigeria ou vers Agadez. Avec celui-ci, nous avons abordé la place du chef de ménage dans l'application des PFE.

Après m'avoir assuré que les relais font des visites à domicile (VAD) dans son ménage, je lui demande de me citer les règles à observer en matière de lavage des mains. S. répond : « ...franchement j'ai oublié... sincèrement je ne l'applique pas régulièrement ! ». Il donne trois raisons à cette situation : l'oubli, le manque de moyens et la négligence. Nous avons cherché à en savoir davantage, en lui demandant de donner plus de détails.

« L'oubli », associer les maris

Selon S., le mari doit être attentif au lavage des mains. « Lorsque le mari est vigilant, sa famille le sera ». Implicitement, ces propos nous plongent au cœur du rôle que doivent jouer les maris dans le ménage en vue d'une application régulière de la PFE. Selon le discours de S., le lavage des mains, et plus généralement les PFE ne doivent pas être une affaire que des femmes. Leur application nécessite également une implication des hommes, notamment des maris. Or, dans le dispositif d'encadrement, on remarque que l'homme occupe une place marginale.

Certaines personnes rencontrées estiment que les règles de lavage des mains sont complexes et difficiles à retenir. Il serait plus judicieux de proposer des techniques simplifiées aux yeux des populations rencontrées, en tenant compte du fait que la majorité des enquêtés ne sont pas scolarisés.

« Le manque de ressources », une rhétorique incontournable

Certains chefs de ménage, à l'instar de S. ont du mal à se procurer le savon nécessaire à cette PFE. Il utilise, pour les besoins de sa petite famille, le savon de Marseille « *dan kopro* » vendu à 150 FCFA l'unité. Pour les enquêtés, ce savon est de meilleure qualité puisqu'il est conseillé lors des VAD. Lorsqu'il n'a pas les 150 FCFA, il se rabat, pour les mêmes besoins de son ménage, sur le savon « *baani* ». Ce savon est considéré comme de moindre qualité, mais plus attrayant à cause de son prix, 125 FCFA: « hier, je n'avais que 125 FCFA en poche. J'ai donc acheté *baani* pour ma famille », (S.).

Dans le ménage, précise S., les ustensiles de cuisine ne sont pas toujours lavés au savon.

« Nous n'utilisons le savon qu'après avoir utilisé de l'huile dans la cuisine. Or le plus souvent, nous n'en utilisons pas. Alors, après avoir fini la cuisine, les femmes trempent les ustensiles dans de l'eau simple. Et lorsqu'on veut les réutiliser, il suffit de passer un coup d'éponge ou même la main. Ensuite on rince ! »

Dans la substance du discours de S., il faut comprendre que seules la toilette et la lessive nécessitent le recours systématique au savon. Dans ces cas, l'utilisation du savon est obligatoire, pour d'autres comme la vaisselle, cela est aléatoire.

La négligence

La négligence est très souvent associée à la « paresse ». Par paresse, dit-il, les gens trouvent que se laver les mains au savon prend du temps. Ils préfèrent « se laver les mains à l'eau simple ».

Cette négligence est visible lors des cérémonies qui rassemblent du monde. S. nous donne plus de précision :

« On se lave les mains avec des bouilloires, sans savon, y compris après les repas ». S. reconnaît que « les mains ne sont pas propres ». Cependant, « comme il y a beaucoup de monde, il est difficile de respecter les règles liées au lavage des mains. Celui qui a le baptême ou le mariage ne peut pas mettre du savon à la disposition de tout ce monde ! »

Les contraintes au niveau du village

Le lavage des mains au savon au niveau des villages visités, tel que conseillé par l'Unicef, n'est pas très répandu. Les enquêtés évoquent les contraintes liées au lavage des mains au savon. A côté de la contrainte financière liée au prix du savon « *Lavibel* », il y a également celle de la qualité de l'eau.

La qualité de l'eau comme problème

Sur l'ensemble des neuf sites visités la qualité de l'eau est un véritable problème. Dans la zone de Maradi, l'ensemble des villages disposent d'une adduction d'eau. Mais les conditions de transport et de conservation n'obéissent pas aux normes de qualité souhaitées. Les populations se ravitaillent dans des bidons en plastiques souvent mal entretenus. Dans certaines situations les bidons ne sont pas fermés.

Sur les sites de Zinder, (Bandé et Hamidawa), l'accès à l'eau potable n'est pas effectif pour tous les ménages. Les habitants de Bandé s'approvisionnent au niveau de deux puits cimentés non couverts tandis que ceux de Hamidawa, plus chanceux, disposent d'une pompe à motricité humaine depuis un mois avant nos enquêtes. L'usage de l'eau potable, dans ce village, n'est pas encore entré dans les habitudes des populations qui doivent désormais apprendre à payer pour en disposer.

Dans la région de Tahoua, un village (Hiro) sur les quatre visités à Bouza et Illéla, dispose d'une adduction d'eau potable. Dans les villages de Changnassou, Libattan, les populations s'approvisionnent au niveau des puits cimentés tandis qu'à Gradoumé, c'est au niveau des puisards que les femmes vont chercher l'eau de consommation. Cette eau, en elle-même, ne répond pas aux normes de qualité requises pour garantir un bon état de santé des populations, encore moins pour un lavage des mains optimal. Compte tenu de la mauvaise qualité de l'eau, même après avoir lavées les mains au savon, c'est avec de l'eau impropre qu'il faut encore les rincer.

L'accès des ménages à l'eau potable

Il existe trois sources d'approvisionnement en eau potable: le puits, les puisards et les adductions d'eau potable. Des puits existent dans tous les villages visités. Leur accès est ouvert à l'ensemble de la population. Mais nombre d'entre eux sont insuffisants pour satisfaire les besoins de l'ensemble de la population. L'eau de puits et non l'eau de pompe est utilisée pour les besoins domestiques par les plus vulnérables.

A côté des puits, certains ménages recourent à des puisards (cela a été observé à Gradoumé), les puits du village n'ayant plus d'eau depuis trois ans. Le lavage des mains s'y fait avec une eau de mauvaise qualité.

Enfin, la troisième source d'approvisionnement est constituée des adductions d'eau potable. Dans les villages dotés d'une « pompe » l'eau se vend selon des modalités définies par les communautés. A Hamidawa (Zinder) est vendue à 5 nairas (environ 25 FCFA), les 5 bidons de 20 litres. De plus, la structure dispersée du village n'est pas de nature à faire converger tous les ménages vers la pompe. Pour les concessions éloignées de la pompe, les habitants préfèrent s'approvisionner au niveau des puits traditionnels plus proches. La présence de bornes fontaines n'élimine pas le recours des populations à l'utilisation de l'eau de puits. Les deux types d'eau sont utilisés de façon alternative ou de façon complémentaire.

A Maradi, l'accès des ménages à l'eau potable est un véritable défi dans les trois sites observés. Qu'il s'agisse du quartier Bagalam, des villages de Moullé et de Garin Dogo, les populations doivent s'approvisionner au niveau des bornes fontaines. Dans le village de Moullé, l'eau se vend à 25 FCFA les deux bidons de 20 litres ou à 10 FCFA un canari. Pour remplir un bidon de 25 litres, il faut

pédaler pendant environ deux minutes, soit quatre minutes pour remplir deux bidons. Pour celles qui ne veulent pas passer plusieurs heures à attendre leur tour, elles ont la possibilité de se faire livrer par les revendeurs du village un bidon de 25 litres, moyennant une somme allant de 35 FCFA à 50 FCFA. Au forage, deux bidons de 25 litres coûtent 10 FCFA.

En somme, l'accès à l'eau potable constitue une des principales contraintes du lavage des mains. Quel sens peut avoir le fait de se rincer les mains avec de l'eau souillée ? De plus, l'existence d'une adduction d'eau potable n'en garantit pas l'accessibilité à tous. Les propos d'un chef de village sont assez suggestifs des contraintes financières qui limitent l'effectivité du lavage des mains dans son village :

Q: Vous avez une pompe et deux puits. On remarque que certains consommateurs s'approvisionnent à la pompe et d'autres aux puits. Mais pourquoi consomme-t-on l'eau des puits alors qu'il y a une pompe?

R: quand vous voyez quelqu'un aller au puits, c'est parce qu'il n'a pas d'argent bien que l'eau de la pompe ne coûte pas cher. Le seau d'eau est vendu à moins de 10 FCFA. Et même parmi ceux qui consomment l'eau de la pompe, la majorité d'entre eux ne paie rien, ce qui fait qu'en deux semaines, les recettes parfois sont à peine de 80 nairas.

Q: On demande aux gens de se laver les mains avec du savon mais on va puiser de l'eau au puits. Ne pensez-vous pas que l'eau du puits n'est pas aussi potable pour se laver les mains comme ça se doit?

R: C'est vrai que l'eau du puits n'est pas propre parce que même la puisette peut entraîner des déchets dans le puits. Vous savez, en beaucoup de cas, l'eau de puits sert juste pour la lessive, pour abreuver les animaux ou pour faire les briques. Personnellement, depuis qu'on a eu cette pompe, je ne vais plus au puits pour chercher de l'eau... (entretien avec M.S., chef de village de Bandé, 13 oct.2011)

Dans certains villages, les centres de santé sont également touchés par le problème d'accès à l'eau potable. C'est le cas au CSI de Changnassou qui, comme tous les ménages du village, n'a pas accès à l'eau potable. Pour les besoins de son service en eau, le chef CSI fait appel à des vendeuses :

« C'est un vrai problème. Même pour les accouchements il n'y a pas d'eau. Comment peut-on parler d'hygiène alors même qu'il n'y a pas d'eau...Tous les jours on dépense au moins 1.200 FCFA pour l'achat de l'eau... », (entretien avec chef CSI de Changnassou, 17 déc. 2011)

Parler de lavage des mains au savon dans un village où l'accès à l'eau est une véritable contrainte paraît incongru. Le CSI est doté d'un dispositif de lavage des mains frappé aux couleurs de l'Unicef. Mais l'usage de ce dispositif est réservé uniquement aux agents du CSI.

Les cérémonies sociales comme obstacle

« Le lavage des mains au savon lors des cérémonies est impossible parce que le savon n'existe pas. Celui qui réunit du monde ne peut mettre du savon à la disposition de tous » (entretien avec S., Moullé, octobre 2011).

Les départs en migration

Q: Des deux périodes quelle est, selon vous, celle où les gens comprennent mieux la sensibilisation que vous faites?

R: C'est surtout pendant la saison sèche que les gens comprennent parce que les gens sont disponibles, assis à l'ombre des arbres et disposés à vous écouter mieux (entretien avec L., relais à Bandé).

L'absence des jeunes à certaines périodes de l'année (en saison sèche) est un phénomène répandu dans l'ensemble des villages enquêtés. Et cette réalité peut constituer une limite à l'adoption massive de la pratique du lavage des mains. En saison des pluies et après les récoltes, la communication sur le lavage des mains a une audience limitée puisque les populations sont occupées dans les champs, si elles ne sont pas déjà parties en migration.

Quelques limites du dispositif de communication

La déresponsabilisation des hommes

Le dispositif de communication, tel qu'il fonctionne dans les villages enquêtés, peut être analysé positivement et négativement. Les acquis notables de ce dispositif, c'est d'avoir réussi à pénétrer dans les concessions et y organiser des réunions avec les populations. Ces réunions ont permis aux femmes de partager leurs expériences sur les PFE, en général. Ainsi, les séances de communication interpersonnelle touchent, avec « le porte à porte », non seulement les femmes (adultes), mais aussi l'ensemble des membres de la concession (femmes âgées, enfants, etc.). Le 24 Août 2011, dans une concession à Moullé, lieu de rassemblement des femmes dans le cadre des séances de la communication interpersonnelle, j'ai été frappé par la parfaite maîtrise des étapes du lavage des mains par Mariama Salouhou (60 ans), épouse de Issa Yahaya (75 ans). En assistant aux séances de communication adressées aux femmes adultes, Mariama Salouhou est parvenue à connaître les techniques du lavage des mains, même s'il n'est pas évident qu'elle veille à leur application.

Le dispositif a réussi à toucher un maximum de gens en combinant communication de masse et communications interpersonnelle, mais il reste quelque peu limité en ce que les messages touchent beaucoup plus les femmes que les hommes. Ces derniers ont ainsi intériorisé l'idée selon laquelle « les PFE, c'est une affaire des femmes ». La déresponsabilisation des hommes constitue une

limite à une grande diffusion des PFE et, par conséquent, un obstacle à l'atteinte de résultats probants.

Le faible effectif des relais communautaires

Les relais font du porte-à-porte pour communiquer avec les communautés villageoises. Dans certaines localités, cette démarche est contraignante parce que les relais communautaires sont en sous-effectif par rapport à la taille des villages. A Tahoua, les villages ne comptent que deux relais. Il ressort de nos entretiens que certains ménages n'ont pas reçu une seule visite depuis que le projet a été commencé. A ce déficit dans les visites à domicile, il faut en ajouter un autre lié aux activités de suivi. Les agents du projet *filets sociaux*, censés superviser à la fois les activités post-transfert de fonds et les PFE, sont enclins à délaisser PFE. Ils évoquent, légitimement, leur charge de travail. Les données de terrain ont montré la nécessité de séparer le dispositif filets sociaux de celui des PFE.

Si l'on peut concéder le fait qu'à Tahoua, le projet est à ses débuts, il faut néanmoins noter que cette situation apparaît différemment à Moullé (Maradi), où le projet PFE est à sa phase de consolidation. Quoiqu'ils soient quatre relais par village à Maradi et à Zinder, le porte-à-porte reste un poids contraignant les relais à « expédier » souvent les séances de communications dans les concessions. A Moullé, une fois par semaine, les relais communautaires passent de concession en concession pour échanger sur les PFE avec l'ensemble des femmes des ménages. Certains relais doivent couvrir 25 concessions une fois dans la semaine ! Comment couvrir beaucoup de concessions en peu de temps (une journée, de 8h à 12h et de 15h à 17h 30) ? Par exemple, un relais passe au total 6h 30 mn ou 390 minutes pour couvrir l'ensemble des 25 concessions. Ainsi, seulement 15,6 mn en moyenne sont consacrées aux discussions par concession.

Le lavage des mains : quelques bonnes pratiques

Au cours de nos enquêtes, nous avons relevé quelques initiatives louables qui concourent indirectement à une meilleure adoption des pratiques familiales essentielles. Dans le village de Moullé par exemple, les relais communautaires ont exigé que les vendeuses de plats cuisinés proposent aux clients de l'eau pour se laver les mains. Ce qui permet de "sortir" la PFE des ménages et de la transposer sur les espaces publics.

A Yaouri, les animateurs se sont aussi adressés aux enseignants et aux enfants

« Concernant le lavage des mains, maintenant même un enfant de 5 ans-6ans il va te montrer les huit étapes de lavage des mains. On est en train de voir comment insérer même si c'est une séance de sensibilisation de 10-15 mn avec les écoliers, avec les directeurs aussi soit sur le lavage des mains, sur SRO... C'est notre idée entre nous les animateurs de Yaouri... Juste pour impliquer...pour mobiliser les enseignants » (entretien avec les animateurs de Yaouri).

A Yaouri, la mise en œuvre des PFE est relativement récente. Elle n'a pas encore été largement intégrée au système éducatif contrairement à Maradi où on observe une forte prise en charge des PFE par les enseignants du primaire.

« Une fois...c'était en mai, Mariama était en mission avec une Blanche à Kamé. C'est un de mes villages [d'animation]. Elles nous ont rencontrées. En ce temps nous étions en pleine activité d'animation. Et la Blanche a demandé au public qui va lui montrer les étapes du lavage des mains. Wallahi, je vous jure c'est un enfant de 6 ou 7 ans qui a montré, et sans faute, les 8 étapes. Et ça c'est notre fierté, c'est une fierté pour nous les animateurs qui travaillons avec les villageois.... » (entretien de groupe avec les animateurs de Yaouri,)

Ces deux extraits d'entretiens montrent que les enfants font "accidentellement" partie des personnes touchées par les séances de communication. Si dans certains villages comme à Moullé (Maradi), les enfants sont concernés par le lavage des mains à travers l'école, à Yaouri, l'implication des enfants apparaît plutôt comme une initiative des animateurs, au-delà des seuls enfants scolarisés. Enseigner les PFE à l'école peut avoir des résultats limités puisque les enfants non scolarisés s'en trouvent exclus. Ne faut-il pas envisager des mécanismes plus "englobants", qui prendraient en compte l'ensemble des enfants : scolarisés et non scolarisés ?

Les responsables de l'Unicef sont conscients des mises en scène parfois orchestrées pour « plaire » :

« Quand tu rencontres les enfants dans la rue, et que tu leur demandes, « avant de manger qu'est ce qu'il faut faire ? » Ils vous disent qu'il faut se laver les mains. Quand tu leur demandes s'ils le pratiquent ou s'ils le récitent seulement, ils vous disent qu'ils le pratiquent et quand tu les observes.....peut-être que c'est notre présence...Bon... même si c'est en notre présence que les gens essaient de l'appliquer, un jour viendra où les gens vont l'appliquer même en notre absence, parce que cela veut dire que c'est intégré dans leurs habitudes.... », (HM ; responsable Unicef, Zinder le 5 sept. 2011)

Mais ces mises en scène sont très vite contredites par nos observations menées dans les concessions et les ménages.

Dans leurs discours, les habitants du village de Bandé présentent une image idyllique des PFE. Les discours laissent entendre que les pratiques familiales essentielles sont non seulement bien maîtrisées, mais également respectées par les populations, y compris les enfants. Très prudent face à ce beau discours tenu par les populations et, souvent les relais communautaires, je décide de placer une assistante dans un ménage afin d'observer *in situ* la pratique du lavage des mains. Le discours est totalement aux antipodes de ce qui se fait réellement sur le terrain.

Le 7 octobre 2011, D., l'assistante se rend dans une concession située à l'extrême sud du village de Bandé près du deuxième puits. De 11h à 13h, puis le soir après la prière de maghrib (19h00), elle a pris place chez R.A., une octogénaire qui vit avec ses trois fils, tous mariés. La concession est un lieu de regroupement des femmes qui y viennent piler le mil sous les gros nîms de la cour. Evidemment, c'est aussi un espace de rassemblement des enfants de la concession. La

concession de R.A. est voisine de celle de la « *kunguiya* », la présidente des femmes du village qui a une grande capacité de mobilisation des femmes.

Dans la concession, constate l'assistante D., « je n'ai constaté aucun enfant se laver les mains ni à qui la mère lave les mains avant de manger ou après avoir mangé ». Chaque enfant a une petite tasse de repas et une petite calebasse de boule. A défaut d'utiliser la louche, certains enfants plongent directement la main dans la boule. Le non respect de la pratique du lavage des mains est partiellement valable pour les femmes, à la seule différence que celles-ci se lavent les mains après avoir fini de manger.

Très souvent, quand elles se rendent au champ, les mamans confient leurs plus petits enfants aux aînées dont l'âge varie de 5 à 7 ans. Les aînées sont ainsi responsabilisées pour prendre soins de leurs plus jeunes sœurs jusqu'au retour des mères entre 13h et 14h. C'est aux aînées de donner à manger et à boire à leurs jeunes sœurs, mais aussi d'en prendre soin lorsqu'elles font leurs besoins.

Dans la concession de R.A., le regard de D. s'est focalisé sur la petite Hawaou. Âgée de 6 ans, c'est elle qui a responsabilité de veiller sur sa petite sœur, Raya, d'environ 1 an et demi. A notre arrivée dans la concession, aux environs de 11h, Hawaou portait Raya au dos. Puis elle l'a fait descendre et, ensemble, elles ont regagné leurs camarades de jeu...Ayant été tenus en respect par « *kounguiya* », les enfants se sont mis à l'écart.

Aux environs de 12h, tenaillée par la faim, la petite sœur de Hawaou se mit à pleurer. La grande lui demanda : « *mi kike ji, niuwa ?* » (lit. qu'est ce que tu as, tu as faim ?). La petite acquiesça de la tête. Hawaou entre dans la chambre de leur mère et en ressort avec petite tasse contenant le couscous de mil et de la sauce arachide qu'elle dépose devant sa petite sœur. Cette dernière ne se fit pas prier pour manger le repas...

Après qu'elle eût fini de manger, la petite sœur de Hawaou se retire du groupe pour se blottir derrière un mortier afin de se déféquer. Une des femmes assises à côté de moi appela Hawaou pour lui dire que sa petite sœur est en train de faire ses besoins. Hawaou courut vers sa petite sœur à qui elle administre une petite tape à la tête accompagnée de « *wanan yaringna* » (lit. cette petite fille-là !). Hawaou se sert d'une vieille assiette métallique (dans d'autres localités on utilise des tessons de calebasses), pour ramasser les selles de sa petite sœur qu'elle alla jeter près du puits...

Les enfants reprirent leur jeu, laissant à la merci des mouches le reste du repas que Raya vient de manger...

Trois idées-forces ressortent de cette observation et qui renseignent sur la pratique du lavage des mains. D'abord, il y a la responsabilisation précoce des enfants par les mères. On voit aisément qu'en période d'intenses travaux champêtres, ce sont les enfants qui s'occupent des leurs petits frères et sœurs en l'absence des parents. L'enfant qui n'a pas encore conscience de la nécessité du lavage des mains ne peut pas penser à laver les mains de son petit frère. Deuxièmement, contrairement au

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

discours des animateurs de Yaouri (voir extrait d'entretien plus haut), les enfants n'ont pas intériorisé la pratique du lavage des mains. Nos observations faites à Garin Dogo montrent que les personnes âgées ont elles aussi du mal à respecter la pratique. Enfin, les plats des enfants ne sont pas toujours bien conservés. Ils ne sont pas assez souvent à l'abri des mouches et de la poussière.

V. L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF (AME) ET L'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE APRÈS SIX MOIS

Séance 2 : L'allaitement exclusif, l'alimentation de complément²¹

Il s'agit d'une séance retour dans la concession de Garba Kanwa, le dimanche 26 Août 2011. La première séance a eu lieu dans la matinée où les membres de la famille n'étaient pas tous présents. Comme, la majorité des personnes et beaucoup plus les femmes reviennent des champs à partir de l'heure à laquelle la première observation a été menée, nous avons envisagé de repasser dans la même concession pour mieux observer les gens dans leurs attitudes face à certaines pratiques liées aux PFE. L'observation s'est déroulée de 11h30 à 14h.

A cette heure de la journée et compte tenu du ramadan, les paysans ne tardent pas trop dans les champs. Ils y vont juste pour de petits travaux de désherbage et reviennent vers 11h, au plus tard 12h. Au retour, les femmes sont encore plus occupées que les hommes. Les travaux domestiques continuent avec le traitement des céréales pour faire la boule ou pour préparer la pâte du diner. Elles sont plus présentes dans les maisons pour se charger de la série d'activités domestiques.

Avant 12h, plusieurs femmes se sont retrouvées dans la concession autour des mortiers et à l'ombre du grand arbre qui attire aussi les hommes de la famille. Pendant ce temps, nous avons pu observer les femmes et nous entretenir avec elles sur les questions de santé notamment : l'usage des moustiquaires, l'AME, l'hygiène, LDM, le recours aux soins et l'alimentation complémentaire.

Pour ce qui est des aspects que l'on peut observer, durant tout le temps que nous étions restés dans la maison, les femmes n'ont pas lavé leurs mains. À la rigueur, elles lavent les Calebasses avec une petite quantité d'eau. La majorité d'entre elles portait leurs enfants qui étaient presque nus ou à moitié habillés. Ces enfants passaient tout le temps assis par terre. Certains d'entre eux allaient dans un coin de la maison pour leurs besoins naturels et revenaient vers les parents. Pour les mères qui constatent que l'enfant a défectué, on l'écarte un peu du groupe pour le nettoyer de façon ordinaire avec des morceaux de tige de mil. Ce nettoyage n'est pas fait avec de l'eau encore moins du savon.

Dans ce groupe de femmes, deux d'entre elles étaient enceintes. Les grossesses étaient visibles et elles ont affirmé avoir jusque-là tenu leurs CPN suite auxquelles des moustiquaires leur ont été distribuées. Les femmes présentaient de la boule ou de la bouillie aux enfants qui pleurent de faim. Il y a des enfants qui n'avaient pas 6 mois. Une des femmes disait qu'hier, elle était obligée d'aller demander de la bouillie pour sa fille de 5 mois et trois jours. La raison était qu'elle n'avait pas suffisamment de lait du fait qu'elle n'a pas mangé durant toute la journée parce qu'elle était en carême. Au

²¹ Une première séance d'observation a été faite, voir p.39.

milieu de la journée, son lait est « remonté » et l'enfant ne trouvait plus du lait pour téter.

Le discours biomédical présente le lait maternel comme le principal aliment pour l'enfant jusqu'à l'âge de 6 mois et conseille que ce soit l'aliment exclusif. Ces préconisations de l'OMS sont reprises dans les centres de santé où consultent les mères. Il est conseillé de lui associer, à partir de six mois, une alimentation complémentaire.

La première de ce chapitre est consacrée à l'allaitement maternel exclusif. Nous tenterons dans un premier temps de répertorier les représentations et sémiologies autour du lait. Ensuite, nous décrirons la pratique de l'allaitement maternel exclusif en mettant l'accent sur les aspects positifs et les contraintes auxquelles les femmes sont confrontées dans l'application de cette PFE.

La seconde partie sera consacrée à l'alimentation complémentaire après six mois. Elle est articulée autour de trois principaux points que sont les obstacles à l'alimentation complémentaire, les diverses réinterprétations des préconisations nutritionnelles et le sevrage.

L'allaitement maternel exclusif

Les représentations et sémiologies autour du lait : le « bon » et le « mauvais » lait

« *Ban nono tsantsa* », « *baykon nono tsantsa* », « *ban nonon gaba* » sont les trois types d'expression qui renvoient à l'allaitement maternel exclusif, selon que l'on se trouve à Maradi, à Zinder ou à Tahoua. Le lait se dit « *nono* » en hausa.

Les représentations sociales distinguent le « bon » du « mauvais » lait. Le premier type de lait est considéré comme épais, « *nono mai dauli* » ou « *nono mai kab'ri* ». Il se reconnaît par la vigueur de l'enfant qui le consomme : « *yaro mai shan nonon dauli, dauli shi kai ; saurin tashi shi kai* » (lit. l'enfant qui consomme le lait vigoureux a de la vigueur ; il marche rapidement). Dans la perception des enquêtés, le « bon » lait ne présente aucune menace pour la santé de l'enfant.

Le répertoire du « mauvais » lait, « *mugun nono* », est assez fourni. Quand le lait est « mauvais », il est « chaud », « *nono mai zahi* », « dilué », « *nono tsarwakake* », « sucré », « *nono mai zaki* », ou contient du *kaikai*, « *nono mai kaikai* ».

Le kaikai

Le *kaikai* est considéré comme une maladie du premier lait, et renvoie au colostrum. Mauvais à l'origine, « *nono mai kaikai* » peut être « purifié » après un

test de dépistage sur un couteau chauffé à blanc²². A Gradoumé, les modalités du test sont différentes : on plonge trois fourmis dans un bol contenant le lait de la femme. Si elles meurent noyées, le lait est mauvais ; dans le cas contraire, le lait peut être directement administré à l'enfant. L'enfant qui consomme « *nono mai zaki* » maigrit, « *zukewa shikai* ». Quand il consomme « *nono mai kaikai* », il peut mourir en trois jours.

A Gradoumé, le test de *kaikai* est systématique pour les primipares dont on n'est pas sûr que le lait est « bon ». L'enfant n'est pas systématiquement mis au sein. Il doit attendre les résultats du test. Le temps d'attente varie selon le sexe de l'enfant ; il est de trois jours pour les garçons et quatre jours pour les filles.

Sur l'ensemble des sites enquêtés, les populations se réfèrent à *kaikai* en tant que « maladie du lait ». Face à cette maladie, elles mobilisent une décoction de « *marke* » (une plante) qui se boit mélangée à du « *lallame* » (bouillie). A défaut du *marke*, le *zure* (une autre plante sauvage) peut avoir les mêmes vertus.

Durant les trois à quatre jours que dure le test du lait, on donne à l'enfant du « *tsamka ta shanu* », le lait de vache. Au cours de cette période, le lait de la mère est pressé. Cette pratique permet ainsi d'éliminer le colostrum du lait de la mère. L'enfant ne peut téter que lorsque le lait prend une texture blanchâtre et très liquide. En ce moment, il faut laver le bout du sein avec du soumballa, « *daudawa batso* », avant d'allaiter l'enfant.

La situation dramatique pour une femme, c'est lorsqu'elle manque de lait, « *rashin nono* ». Certaines personnes considèrent que le manque de lait en lui-même est un signe de « mauvais » lait.

A Bagalam et à Hamidawa, les femmes parlent parfois de « lait chaud », « *nono mai zahi*. Le lait devient « chaud » « lorsque l'enfant tète longtemps un seul sein ». Il y a le risque que l'enfant « tue » le lait qui finit par le faire vomir. C'est pourquoi, après l'accouchement, dès que l'enfant commence à téter, les vieilles somment la mère d'arrêter l'allaitement pour éviter que l'enfant consomme le « lait chaud ». A Moullé, les femmes pensent que le lait devient chaud lorsque la femme fait une longue marche. Le lait « chaud » est impropre à la consommation pour le bébé. Après une longue marche, la femme doit d'abord laver le sein pour le « refroidir », « *nono yayi sanyi* », avant de donner à téter à l'enfant.

L'idée du « mauvais » lait renvoie aussi à l'état physiologique de la femme. On parle à Hamidawa, par exemple, du « lait de la femme enceinte », « *nonon mace mai cikki* ». Ce type de lait est lié avec les grossesses rapprochées. Lorsqu'une femme qui allaite tombe enceinte, son lait serait concentré et épais, et impropre à

²² Cf. Keith, N. 1991, *Infant feeding, weaning and diarrhea disease management: Hausa practice and beliefs and educational implications*, USAID, p.35; Olivier de Sardan, Moumouni & Souley, 2001, *L'accouchement, c'est la guerre. Grossesse et accouchement en milieu rural nigérien*, Etudes et Travaux du LASDEL, n°1

l'allaitement. L'enfant qui tète est alors sevré de façon brusque, sans préparation préalable²³.

A Bagalam, la couleur est considérée comme un signe de la qualité du lait. La couleur jaune du *colostrum*, « *dakashi* » en hausa, est perçue comme mauvaise. On refuse d'allaiter l'enfant jusqu'à ce que le lait change de couleur (prenne la couleur blanche). « Le « bon » lait a une couleur blanche, dès qu'il a une autre couleur, il est mauvais » (matrones).

La promotion de l'allaitement maternel exclusif

Le rôle des relais communautaires et des matrones

Il est indéniable que les relais communautaires et les matrones ont joué un rôle déterminant dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif dans les villages visités. A travers les séances de communication et les visites à domicile, les relais communautaires proposent une vision positive sur l'AME. Le travail des relais communautaires est lui aussi relayé au niveau des centres de santé par les séances de consultation. Les femmes qui viennent en consultation sont également "sensibilisées" sur les avantages de l'AME.

La présence des matrones dans les centres de santé permet aussi cette promotion de la pratique de l'AME. Nombre d'entre elles nous ont fait savoir que « dès que la femme accouche, nous lui demandons de mettre l'enfant au sein ! ». Mais on peut s'interroger sur la réalité de cette pratique une fois les femmes rentrées chez elles.

Le registre de la « santé » de l'enfant

C'est le discours dominant, tenu tant en direction des femmes que des maris, et repris par les unes et les autres. Sa grossesse est révélatrice de l'appropriation « formelle » du discours bio-médical tenu lors des séances de consultations et des séances de communication de masse et interpersonnelle organisées dans les villages.

« Les femmes ont compris qu'avec l'AME les enfants ne tombent pas malades... lorsqu'ils ne sont pas sous AME, les enfants connaissent un retard de croissance »
(relais communautaire à Hiro, le 30 novembre 2011)

Les avantages de l'allaitement maternel exclusif semblent donc bien connus des femmes. Cette appréciation se décline dans leurs propos : « l'enfant ne fait pas de diarrhée », « l'enfant est plus vigoureux et tombe rarement malade », « il marche vite » ; en outre, des pères déclarent : « ça m'évite de faire des dépenses », etc.

²³ On retrouve ces représentations dans tout le pays.

Pour la matrone traditionnelle de Bandé, l'adoption de l'AME est liée au développement « rapide » de l'enfant :

« Les enfants sous AME sont plus forts, sont en bonne santé et marchent au bout de 12 mois. Lorsque l'enfant marche, les mères sont libérées et peuvent vaquer à leurs occupations ».

A Bagalam, une ménagère constate des différences notables entre ses enfants allaités exclusivement au lait et ceux qui ne l'ont pas été :

« J'ai 6 enfants. J'ai appliqué l'AME aux deux derniers et la différence est nette. Sur le plan de la santé, « *lit. gaar su ke* », il marche vite. Avant, mes enfants ne marchent pas avant 18 mois. Mais avec l'AME, ils marchent en 9-10 mois » (Lauré, ménagère à Bagalam, Août 2011).

A Moullé, comme dans la plupart des sites, les enquêtés se réfèrent à des résultats visibles pour apprécier les avantages de l'allaitement maternel exclusif. D'un entretien de groupe avec des jeunes du village, ces derniers « approuvent l'AME puisqu'ils ont vu les résultats... ». Comparant l'état de santé des enfants, ils considèrent que les enfants sous AME sont bien portants alors que les autres sont malnutris, « *tamowa* ». La substance de ce discours est de considérer l'AME comme une protection contre la malnutrition.

Les obstacles à l'allaitement maternel exclusif

Mais l'allaitement maternel exclusif semble loin d'être pratiqué aussi généralement que les discours le disent. Les obstacles sont nombreux, ils relèvent aussi bien des pesanteurs sociales, que des rapports aux différents types de lait.

A Hamidawa, on observe dans le milieu des mères une connaissance relative des avantages de l'allaitement maternel exclusif. Elles ont été sensibilisées lors des consultations prénatales et pour nourrissons sains-seins. D'autres femmes disent avoir « entendu parler » de l'AME lors de visites dans des villages PFE. Mais il leur est difficile de ne pas donner de l'eau à leurs enfants.

Il existe de nombreux niveaux de contraintes à la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Ces contraintes transparaissent sous la question principale de savoir : « *comment peut-on priver l'enfant d'eau pendant 6 mois ?* » (ménagère rencontrée à Bagalam). Parmi les nombreux obstacles à l'application de l'allaitement maternel exclusif, nous en retenons six principaux.

La crainte de la soif, une norme de « bon sens »

Nombre de mères sont encore dubitatives sur l'allaitement exclusif. Elles ont du mal à intérioriser l'idée de ne pas donner de l'eau à l'enfant de moins de 6 mois dans un contexte sahélien. Certaines s'interrogent :

« Est ce que les agents de santé eux-mêmes ne donnent-ils pas de l'eau à leurs enfants », (B, 35 ans, niveau CM², Bagalam).

Un chef de ménage est sans ambages sur la question:

« Après deux mois, nous donnons de l'eau à l'enfant pour lui éviter la soif » (L.S., Hamidawa, entretien du 12 octobre 2011).

D'autres femmes pensent que ne pas donner de l'eau à l'enfant peut provoquer le hoquet, « *le shakkua* ».

D'autres mères mobilisent le registre du droit de l'enfant. Elles pensent que priver l'enfant d'eau c'est « violer le droit de l'enfant », traduisible en hausa par le mot « *alhakki* ».

Témoin des pratiques des femmes qui accompagnent les parturientes, une femme relais communautaire fait remarquer :

« Durant la journée, [elles] donnent surtout le sucre aux nouveau-nés ; parfois aussi les vieilles cachent du lait de chèvre dans les voiles », (R.H., relais à Bagalam, 13 Août 2011).

Les vieilles usent ainsi de stratégies pour tromper la vigilance des personnels de santé.

L'influence des personnes âgées

Les femmes âgées influencent le comportement des parturientes. Elles sont incontournables et apparaissent avec des statuts variés. Ce sont les mères, les belles-mères ou tantes, mais aussi les matrones qui suivent les parturientes lors des accouchements. Chacune de ces catégories agit pour influencer les jeunes filles. Le degré d'influence est plus élevé chez les primipares qui, du fait de leur inexpérience en matière de maternité, sont suivies depuis le développement de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Ce sont les femmes âgées, appuyées par les matrones, qui procèdent au test du *kaikai*.

L'état de santé de la mère

L'état de santé de la mère au moment de l'accouchement est une grosse contrainte par rapport à l'allaitement maternel exclusif. C'est le cas lorsque la mère manque de lait. En attendant la remontée du lait, elle donne du lait de chèvre ou du lait en poudre directement à l'enfant. Plusieurs cas ont été relevés au cours de nos enquêtes dont celui de Rabi H., de Bandé est le plus parlant :

A 24 ans, R. a eu 4 maternités dont deux enfants sont en vie. Sa fillette de 9 mois est née dans une situation difficile parce que la mère « n'avait pas de lait ». La fillette a été confiée à sa grand-mère vivant à Garin Tougé. Elle a été soumise à un allaitement mixte alliant le lait en poudre, pendant 3 mois et le lait maternel entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois.... Nous n'avons pas été surpris outre mesure d'apprendre par la suite que la fillette a été admise dans le lot des malnutris pris en charge au CSI de Yaouri....

En cas de « maladie du lait », les femmes confient leurs enfants prioritairement à leur mère. A partir de sa propre expérience, R.H. considère que pour que l'allaitement maternel exclusif soit une réalité, la mère doit être avoir un état nutritionnel acceptable :

« Pour faire l'AME, la femme doit avoir un régime alimentaire riche susceptible de stimuler la lactation...il faut avoir une alimentation riche en matière grasse « *abinci mai maski* ») (R.H., Bandé).

Dans cet extrait d'entretien, R. fait graviter autour de sa propre expérience deux dimensions importantes de l'AME : que la femme soit en bonne santé nutritionnelle et qu'elle dispose d'une alimentation « riche ». Ces conditions sont assez souvent occultées quand on aborde la question de l'AME, qui se focalise sur l'enfant. On voit émerger une mise en relation de l'AME avec l'alimentation de la mère.

Pour plusieurs femmes enquêtées à Hamidawa, « l'AME est possible seulement quand la femme a beaucoup de lait. Pour cela il lui faut une bonne alimentation ». Lorsque la mère n'a pas de lait, certains parents donnent la boule aux enfants.

Le magico-religieux

Le rubutu

Le « *rubutu* » (lit. écritures) est un breuvage. Ce sont des versets du Coran écrits sur une tablette en bois et lavés à l'eau. Administrée à l'enfant, cette eau est censée le protéger contre les mauvais sorts. Cet imaginaire est très vivace dans les sites enquêtés. Le *rubutu* est administré à l'enfant à un âge souvent précoce, le plus souvent les premiers jours de la naissance. Selon l'imam de la mosquée de vendredi de Moullé, ce sont les hommes qui sollicitent les marabouts du village pour faire du *rubutu* aux enfants. Officiellement, le service rendu par les marabouts est gratuit. Mais dans les faits, ceux-ci reçoivent une rétribution, assez souvent symbolique (100 FCFA ou 150 FCFA).

A Gradoumé, le *rubutu* est consommé en prise unique.

« Dès sa naissance, on donne « *du Allo* » (*rubutu*) en prise unique à l'enfant », (Oumma Aboua, 40ans, Gradoumé le 24 novembre 2011)

Les femmes enceintes peuvent consommer le *rubutu* pour protéger l'enfant qui va naître. Il a donc une fonction de prévention :

« Déjà, à 6 mois de la grossesse, la mère boit du *rubutu* pour "protéger" le bébé. Dès la naissance, nous donnons aux nouveau-nés, pendant une semaine, du *rubutu* à petites gouttes pour qu'il devienne intelligent. Cela n'a pas d'effet sur l'enfant (lit. sur la santé de l'enfant) puisque c'est en petite quantité » (S. à Moullé, 23 Août 2011)

Le discours de S. est structuré autour de trois registres "explicatifs" du recours au *rubutu* : la protection du bébé, la stimulation de l'intelligence, et le volume administré. Dans sa représentation, le bébé ne court aucun risque parce que le *rubutu* lui est donné en petites quantités.

Le bauri ou dauri

Les enquêtés utilisent sous le vocale « *bauri* » ou « *dauri* », l'ensemble de breuvages « fortifiants » ou « protecteurs » à base de plantes. Le *bauri* peut être consommé à la fois par les grandes personnes et par les enfants. Dans les villages, la production et la vente du *bauri* relève d'un savoir hérité ou d'une initiation. Les détenteurs du *bauri* sont bien connus dans le village ; ils sont souvent indissociables des tradipraticiens. En tant que produit, le *bauri* est vendu sur le marché, mais il peut aussi être une connaissance jalousement conservée par une famille. C'est le cas chez les forgerons par exemple.

Pour les détenteurs du *bauri*,

« Il est impossible de ne donner que du lait maternel ; la vie, il faut des médicaments ! La protection du lait maternel est insuffisante à elle seule. Les médicaments ont également leur place, ils renforcent le lait », (Dan Tsoho, guérisseur à Moullé, 22 Août 2011).

Dans le discours de ce septuagénaire, qui a hérité du *bokanci* de son père et de sa mère, il n'y a pas une opposition radicale à l'allaitement maternel. Mais il estime que le lait et les décoctions sont complémentaires et contribuent ensemble à protéger l'enfant.

La consommation du *bauri* se fait aussi sur le modèle des traitements biomédicaux. S'il est généralement consommé pour guérir de certaines maladies, le *bauri* peut aussi être pris à titre préventif par les femmes enceintes dans le but de leur « faciliter » l'accouchement. Il ouvre aussi l'appétit des enfants.

On donne du *bauri* aux nouveau-nés. Pour cela il faut voir avoir les matrones. Le *bauri* « ouvre les intestins de l'enfant » et il a l'appétit », (entretien de groupe avec les hommes âgés, Gradoumé le 27 novembre 2011)

Pour les femmes âgées qui ont une grande influence sur les parturientes, le *bauri* est nécessaire à la santé de l'enfant. Le breuvage est présenté comme ayant des vertus purgatives importantes pour l'évacuation des impuretés dans le ventre du nouveau-né.

« Quand l'enfant ne boit pas le *bauri*, il a sans cesse des maux de ventre. Le *bauri* permet de purger le ventre du nouveau-né par l'évacuation de selles noires (*miconium*) », (entretien de groupe avec des femmes âgées à Gradoumé).

L'exemple du prophète

Certaines femmes se réfèrent à l'histoire du prophète Mahomet (PSL) pour légitimer l'administration du lait d'animaux aux enfants.

« *Manzon Allah ma, ya sha nono akuya* » (lit. le prophète Mahomet (PSL) a lui-même consommé du lait de chèvre).

Le non-dit de cette phrase, c'est qu'il n'en est pas mort pour autant ! Les femmes mettent ainsi en évidence le caractère inoffensif du lait de chèvre ou de vache pour

la santé de l'enfant. Dans des contextes religieux, un tel argument renforce l'idée selon laquelle le lait d'animaux peut être donné à l'enfant.

La garde des enfants comme contrainte

La garde des enfants constitue, dans les villages, un vrai obstacle à l'AME. En effet, lorsque les mères vaquent aux travaux champêtres, les nourrissons sont confiés à des petites filles. Avec les autres enfants de la concession, ces petites filles passent le clair de leur temps à jouer sous l'arbre de la cour. Pendant ce laps de temps, il est difficile de contrôler véritablement l'alimentation des nourrissons. Une observation auprès de fillettes rassemblées près de notre logement de circonstance a permis de constater que les fillettes n'hésitent pas à donner de l'eau ou un peu de bouillie aux nourrissons, en dépit de « l'interdiction donnée par les mères ! ».

Parfois aussi, « d'autres personnes prennent ton enfant et dès qu'il pleure, elles lui donnent de l'eau. C'est le cas lors des cérémonies de mariage et de baptême » (une ménagère à Bagalam, Août 2011).

Ces deux situations sont révélatrices de la faible capacité des mères à contrôler l'alimentation des enfants. Dans les communautés observées, la trop grande attention d'une mère vis-à-vis de ce qui est administré à l'enfant peut être mal interprétée par son entourage, surtout lorsqu'il s'agit du premier enfant.

L'impuissance des personnels de santé

Les personnels de santé reconnaissent que les mères donnent autre chose que du lait aux enfants de moins de 6 mois. Ils le ressentent comme un aveu d'impuissance et recherchent hors des formations sanitaires des solutions.

« Il faut renforcer la sensibilisation parce qu'il y a plus de femmes qui donnent de l'eau aux nouveau-nés » (chef CSI de Gradoumé, le 26 novembre 2011)

Aller à contre-courant : la pratique de l'allaitement maternel exclusif

Un village inhabituel ?

L'influence des femmes âgées sur les jeunes filles n'a pas la même ampleur dans tous les villages visités. A Bandé, on assiste à une inversion des tendances. Certaines représentations opposées à l'AME (le test du lait, le *colostrum* comme mauvais lait, le recours au lait de chèvre, etc.) sont en perte de vitesse. Dans le discours des jeunes mères, les grands-mères qui avaient essayé de « boycotter » l'AME ont été contournées, grâce « aux séances de communication interpersonnelles », selon Hajia Haouaou, une femme-relais du village de Bandé.

Une explication possible est que dans ce village les femmes âgées partent le plus souvent en migration vers Tanout et Agadez. Leur absence momentanée du village ne contribue-t-elle pas à tempérer leurs influences sur les jeunes filles en matière d'allaitement maternel exclusif ?

Une autre raison liée à ce village est l'engagement assez exceptionnel des autorités villageoises en faveur de l'AME.

Les femmes sont bien sûr les principales concernées par l'allaitement des enfants. Mais, les hommes ont joué des rôles non négligeables dans l'adoption de l'AME dans les ménages. A Bandé, c'est lors des assemblées villageoises et en présence de leurs maris que les femmes enceintes prennent l'engagement "solennel", « *alkawali* », d'allaiter exclusivement au lait leurs enfants dès qu'ils viendront au monde. Ainsi, dès qu'une femme accouche, le relais communautaire se rend auprès de l'accouchée pour lui rappeler l'engagement, « *alkawali* », qu'elle a pris d'allaiter son bébé exclusivement au lait.

Les hommes ne sont en marge de l'engagement de leurs épouses en matière d'adoption de l'AME. Ils tiennent un discours positif en se basant sur les « avantages » de la l'AME. Pragmatiques, les pères fondent leur argument sur les avantages de l'AME :

« Il y a une différence entre les enfants sous AME et les enfants non-AME...une femme avait l'habitude d'avoir des enfants malades, mais depuis qu'elle fait l'AME, ses enfants sont toujours bien portants » (N.O., chef de ménage à Bandé, entretien du 07-10 oct. 2011)

Les habitants du village instituent ainsi une norme morale par laquelle les femmes s'engagent à allaiter exclusivement leurs enfants jusqu'à six mois. Le poids de ce contrat moral repose sur le caractère public de l'engagement.

Cette norme s'étend aux jeunes filles non encore mariées qui, comme leurs aînées, se sont, elles aussi, engagées à faire l'AME une fois qu'elles seront mères.

Une question de courage individuel ?

Face aux diverses contraintes décrites ci-dessus, l'adoption de l'AME est aussi perçue comme une affaire de courage :

« Ce sont les femmes courageuses qui s'engagent à faire l'AME ; celles qui ont peur refusent de pratiquer » (matrone à Bagalam, 16 août 2011)

L'adoption de l'AME dépend de l'intérêt qu'en ont les femmes.

« La pratique de l'AME est une volonté personnelle de la femme qui décide ou pas de l'appliquer. », (R.H., ménagère à Bagalam, Août 2011)

Les « pro-AME » fondent alors leurs arguments sur des expériences vécues à partir desquelles se construit une nouvelle perception de l'allaitement maternel exclusif. Certains estiment que les maris doivent être impliqués dans l'adoption de l'AME par leurs épouses :

« L'allaitement exclusif est possible à condition que les mères soient responsabilisées avec le consentement du mari. C'est au mari d'encourager sa femme », (S., Moullé le 23 Août 2011)

Conclusion

L'AME est typiquement une situation où les discours officiels, diffusés par les relais communautaires et les agents de santé, et parfois mêmes certaines autorités villageoises, sont en apparence repris par les populations, et témoignent d'une large adhésion aux principes de l'allaitement exclusif avant 6 mois, mais où en fait les pratiques sont tout autres. Les mères ne respectent pas les consignes de l'AME pour une série de facteurs multiples : des contraintes matérielles (enfant confié à des grandes sœurs), une réaction de bon sens (donner de l'eau à l'enfant qui a soif), des problèmes de lactation, une forte pression des « vieilles femmes », et des pratiques magico-religieuses largement répandues.

Il semble difficile d'inverser la tendance, et en tout cas cela prendra beaucoup de temps.

On peut toutefois s'interroger sur la pertinence d'un message sanitaire systématique aussi difficilement mis en pratique, et qui accroît la distance déjà grande entre les discours et les actes.

L'alimentation complémentaire après six mois

L'alimentation de complément fait partie des PFE les plus difficiles à respecter quoique bien connue par les femmes. Leurs connaissances reposent sur des pratiques qui relèvent de la coutume ou, des messages reçus dans les centres de santé. Dans le registre médical, « après six mois d'allaitement maternel exclusif, l'enfant doit recevoir une alimentation complémentaire ». Nombreuses sont les femmes qui récitent sans hésitation qu' « il faut donner autre chose à l'enfant à partir de 6 mois, en complément du lait ».

Pour renforcer la perception de l'alimentation complémentaire, les femmes assistent, dans les centres de santé intégrée, à des séances de démonstration culinaire. Le référentiel de 6 mois semble bien connue des femmes, sans pour autant être respecté dans la pratique. Il existe plusieurs explications à cet écart.

Les obstacles à l'alimentation complémentaire

La prégnance des représentations

« On ne donne pas de viande à l'enfant parce que cela retarde la poussée dentaire. L'enfant qui en consomme va beaucoup souffrir au moment de la poussée dentaire. Il aura la diarrhée, la fièvre, les maux d'yeux... » (Hajia M., matrone et relais communautaire à Bagalam, 16 Août 2011)

Une question d'habitude

« Certains ménages commencent à 4 mois pour apprendre à l'enfant à consommer tout ».

Selon une logique qui leur est propre, l'enfant est ainsi vite introduit dans l'alimentation de complément pour l'initier à la consommation d'aliments autres

que le lait maternel. Une telle pratique compromet l'allaitement maternel exclusif au sein.

Le niveau de revenu des ménages

L'alimentation de complément exige des dépenses supplémentaires que certains ménages ont du mal à honorer. Une femme relais communautaire rencontrée à Bagalam situe le problème :

« ...à partir de 6 mois, on doit donner du *kunu* (lit. bouillie de mil), des œufs, de la purée, du haricot et des légumes...Mais franchement, certaines femmes n'ont pas de quoi acheter les légumes, les œufs et la haricot. Par exemple, en sortant le matin, il y a des maris qui se contentent de donner 25 FCFA pour les enfants. Cela ne peut rien acheter sur le marché », (relais à Bagalam)

Les maris semblent moins préoccupés par l'alimentation de complément que les mères, comme tend à le montrer le discours de cette femme relais du quartier Bagalam de Maradi. Il ressort de discours que les maris doivent être davantage être sensibilisés sur l'importance de l'alimentation de complément.

Evoquant les contraintes auxquelles elles font face, certaines femmes se disent abandonnées par leurs maris dès qu'il s'agit de donner une alimentation de complément à l'enfant. Ne disposant pas de ressources financières, elles ne peuvent pas respecter les consignes de l'alimentation de complément :

« Le père ne donne pas d'argent...je ne peux pas acheter un œuf à 100 FCFA tous les jours pour préparer de la bouillie enrichie à l'enfant » (une ménagère à Bagalam, Août 2011).

L'accès aux aliments de complément

Une des principales contraintes des l'alimentation complémentaire est liée au régime alimentaire des mères, comme le souligne le chef CSI de Yaouri :

« Cette zone est pauvre, parfois les maris n'ont rien ! Les femmes n'ont rien à manger... Cette situation a des conséquences sur l'alimentation complémentaire pour les enfants de plus de 6 mois. Cette année par exemple, le niébé n'a pas produit. L'arachide est un produit qui se vend... quand les mères des enfants malnutris viennent ici, dès qu'on leur donne le « Plumpy Nut » elles le revendent parce qu'elles sont vraiment démunies...Je les comprends ! » (entretien avec le chef CSI de Yaouri, 14 octobre 2011).

L'extrait d'entretien du chef CSI de Yaouri donne un aperçu des obstacles structurels à la pratique de l'alimentation complémentaire. Les déficits alimentaires chroniques auxquels le Niger fait face une saison agricole sur trois constituent un des principaux défis à l'alimentation de complément.

La charge de travail des femmes

A Bagalam comme dans les villages visités, les femmes sont occupées à de nombreuses tâches ménagères. Du fait de cette charge de travail, elles disent « ne pas avoir assez de temps à consacrer à la préparation de l'alimentation de

complément ». Souvent aussi, certaines femmes soutiennent que c'est « par paresse » que les femmes ne respectent pas les consignes PFE ou bien qu' « elles n'ont pas toujours le temps de préparer l'alimentation de complément pour les enfants » (R.S., non instruite, Bagalam le 14 Août 2011).

Le *hura*, disponible toute la journée, est donnée aux enfants. N'ayant pas le temps de préparer l'alimentation de complément, « c'est la bouillie qui est donnée aux enfants » (S.S., relais communautaire, le 25 Août 2011).

Le manque de temps est une réalité que nous pouvons apprécier à partir d'une analyse séquentielle de la journée de travail des femmes dans le village de Moullé (Maradi) :

Avant 7h, les femmes se réveillent tôt le matin pour préparer le *fura*. De l'école, où nous avons été logés, nous pouvons entendre les coups de pilons fuser des concessions. Les femmes s'affairent à préparer la boule qui va, tout au long de la journée servir d'aliment pour les membres du ménage. A partir de 7h, elles doivent se rendre dans leurs champs qui pour couper le mil précoce, « *sochiya* », qui pour chercher du bois de chauffe, qui pour rechercher des feuilles sauvages nécessaires à la préparation de la sauce... d'autres femmes encore continuent de travailler dans leurs propres champs.

Les femmes partent au champ par petit groupe, de trois à cinq, appartenant à la même concession. C'est à leur absence que les enfants, confiés aux grands parents ou à des enfants plus âgés, se réveilleront. Aux côtés des ces derniers, les enfants, y compris ceux âgés de moins d'un an, prendront en guise de petit déjeuner la boule préparée par la mère. Ensuite, ces enfants seront portés au dos par leurs aînés ; quant aux enfants de plus de deux ans, ils suivront leurs aînés dans les rues du village ou, resteront à côté des grands parents à l'ombre de l'arbre de la cour.

Aux environs de midi, des fillettes portant au dos de petits enfants iront les remettre à leurs mères pour leur donner à téter...Sinon, d'autres attendront le retour des femmes au village vers 14h. Dès leur retour, les femmes allaitantes s'empressent de donner à téter aux enfants, sans avoir pris la peine de laver ni le bout du sein ni les mains. Après s'être un peu reposées entre 14h et 16h, les femmes iront chercher de l'eau et avant de piler le mil pour le repas du soir.

Ces observations révèlent deux choses. Le contrôle des enfants échappe aux mères à une période de la journée (entre 7h et 14h), y compris leur capacité à contrôler l'alimentation qui leur est donnée par les fillettes. Deuxièmement, au regard de leurs charges de travail, les femmes ont peu de temps pour préparer l'alimentation de complément pour les bébés de plus de six mois.

La décontextualisation du discours sur l'alimentation complémentaire

Les recettes de l'alimentation de complément sont générales. Non contextualisées, elles ne tiennent pas compte des spécificités des localités. Il est par exemple recommandé aux femmes de donner du niébé aux enfants dans un contexte où cette légumineuse constitue une véritable source de revenus pour les familles rurales. Après les récoltes, peu de familles réservent le niébé exclusivement pour la consommation. La majorité de la production, vendue sur le marché locale, procure aux familles de l'argent qui sert à faire face aux dépenses diverses. Il en est de même de l'arachide et du sésame.

De plus, le maraîchage n'est pas pratiqué dans les villages que nous avons visités ; pourtant il est conseillé aux mères d'enfants de plus de 6 mois de préparer une alimentation riche en légumes ou en fruits. Pour s'en procurer, il faut se rendre dans les marchés hebdomadaires. C'est en ce moment que le père entre en scène puisque, dans les villages, les femmes se rendent rarement dans les marchés, exception faite des revendeuses. Pour l'alimentation complémentaire de son enfant, la femme doit compter sur l'intérêt que le mari accorde à cette recommandation.

Devant l'impossibilité de satisfaire aux recommandations des agents de santé, les mères réinterprètent assez souvent les recettes de l'alimentation complémentaire qu'elles adaptent aux ressources dont elles disposent.

Les réinterprétations des préconisations relatives à l'alimentation de complément

Les étapes de l'alimentation de complément selon les mères

La composition de l'alimentation de complément est diversement interprétée par les mères. Nous avons tenté de répertorier quelques étapes, en commençant par le quartier de Bagalam (Maradi)

Ménagère 1 :

1. 6-9 mois, les bouillies
2. A partir du 9^{ème} mois : du haricot
3. A partir d'un an : le plat familial

Avec du temps, l'enfant finit par s'habituer et par prendre goût aux bouillies.

Ménagère 2 :

1. A partir de 6 mois, de la bouillie de mil simultanément avec une bouillie à base de farine améliorée achetée sur le marché

2. A partir de 1 an, le plat commun. Mais pâte avec sauce et des purées de niébé +légumes

Ménagère 3 :

1. A partir de 6 mois : se rend au CSI pour apprendre à préparer la bouillie (une louche de farine de mil ou de sorgho+ une cuillerée de farine de tourteau ou de lait, mélanger et donner à l'enfant)
2. A partir du 9^{ème} mois, « *loulaye* » (*purée*) de haricot+huile ordinaire+oignon+sel+cube maggi.
3. A partir d'un an : plat familial

Une femme relais rencontrée à Bagalam :

1. A partir de 6 mois : bouillie légère enrichie aux tourteaux +jaune d'œuf, du lait, de la viande séchée. « Ce principe n'est pas obligatoire », précise l'animatrice. Car on peut donner du haricot à l'enfant.
2. A partir d'un an, donner le plat familial à l'enfant avec beaucoup de sauce sans le piment.

Ménagère 4 :

1. A partir de 6 mois : *kunu* de mil +niébé+foie+poisson. Les femmes disent qu'il faut lui donner ce qu'il préfère.
1. Après les 6 mois, les femmes sont enclines à donner du plumpy-nut et du « grandibien » aux enfants

La bouillie de mil, « *kunu* », est l'aliment dominant dans le régime alimentaire des enfants à partir du 6^{ème} mois. Elle peut être « enrichie au tourteau d'arachide », « *kuli-kuli* ». D'autres femmes donnent du niébé, du foie et du poisson. Il faut préciser que le poisson est disponible à Bagalam, mais il n'est pas véritablement accessible à tous. Une ménagère²⁴ affirme qu'après 6 mois, elle donne de la purée de biscuit et du lait en poudre jusqu'à un l'âge d'un an. A cause des mauvaises conditions de conservation, une fois préparée la bouillie doit être consommée systématiquement. Les femmes font remarquer que « lorsqu'elle est conservée, la bouillie prend un aspect liquide ». Lorsque l'enfant a faim, il faut lui en préparer une autre et c'est en réalité ce renouvellement qui décourage les femmes.

A partir du 9^{ème} mois, les changements notables apparaissent dans le régime alimentaire des enfants. Certaines femmes disent qu'elles donnent du *lulaye* » (lit. purée) de haricot à laquelle elles ajoutent de l'huile ordinaire, de l'oignon, du sel et du cube maggi.

²⁴ Rabia Salouhou, non instruite, Bagalam le 14 Août 2011.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

A 1 an, l'enfant est progressivement initié au plat familial accompagné de « beaucoup » de sauce. Les mères disent qu'elles veillent à ne pas donner du piment aux enfants.

Dans le village de Moullé, le référentiel dominant est l'âge de 7 mois, âge à partir duquel l'on observe des changements notables dans le régime alimentaire de l'enfant. A partir de 7 mois, l'enfant consomme du *fura* et la pâte de mil « pour qu'il s'habitue » au plat familial. D'autres femmes affirment qu'à 6-7 mois, elles donnent du « *koko* » (bouillie) et du « *fura* », parfois un peu de haricot. Il n'y a pas de fruits dans l'alimentation des enfants (entretien avec Dan Tsoho, le 22 Août 2011). Une ménagère affirme qu'après 6 mois, elle donne du *fura*, du biscuit et des beignets aux enfants.

Les femmes donnent également aux enfants du *plumpy nut* qu'elles ont reçu au centre de santé intégré. Officiellement destinés aux enfants malnutris sévères, le *plumpy nut* est administré indifféremment aux enfants bien portants.

Le centre de santé n'est plus l'unique lieu d'approvisionnement du *plumpy nut*. Introduit en masse avec la prise en charge de la malnutrition des enfants touchés par la crise alimentaire de 2005, ce produit inonde les marchés locaux relayés par des vendeuses ambulantes ou des boutiquiers villageois. Il fait partie désormais du paysage des étalages de revendeuses dans les quartiers populaires comme l'indique la photo ci-dessous.



Photo : Hamani Oumarou, Août 2011

A Hamidawa, village non PFE voisin de Bandé, les populations font preuve d'une grande ignorance sur l'alimentation complémentaire telle qu'elle est suggérée au niveau des centres de santé. Selon les propos des habitants que nous avons rencontrés à Hamidawa, l'alimentation de complément est donnée à l'enfant par « habitude » (« *yanda muka gani*). Elle relève de la pratique et s'inscrit dans le processus du sevrage de l'enfant. Les mères en parlent sans véritablement donner de références relatives aux apports nutritionnels des aliments de complément donnés aux enfants. De plus, dans un contexte où l'allaitement maternel exclusif

n'est pas effectif, évoquer la question d'aliments de complément paraît incongru. Quelques femmes donnent tout de même des indications sur l'alimentation de complément. On note ainsi que parfois, dès l'âge de 4 mois ; certaines femmes donnent de la boule à l'enfant parce qu'elles disent que « l'enfant a faim ». Mais en général, à 7 mois on lui donne du *tuwo* (lit. pâte de mil), légèrement pétri par la mère. L'enfant consomme le *tuwo* et le *fura* directement prélevé sur le plat familial. L'enfant n'a pas accès à un plat spécial.

Dans les villages de Tahoua, le régime alimentaire de l'enfant change à partir de 6 mois. Après cet âge, les mères du village de Gradoumé donnent du « *kumu* » de mil rarement du « *kayan garka* » (lit. les produits du jardinage) à l'enfant. Mais, précise B.S., « cela dépend des moyens dont on dispose ». Les *kayan garka* « ne sont pas accessibles à tous les ménages » (B.S., 40 ans, mère de 6 enfants et bénéficiaire des filets sociaux, Gradoumé le 24 nov. 2011). Selon une autre mère, après 6 mois, les femmes donnent en général du « *koko* » et du « *fura* » (H.K., 7 enfants, 24 nov. 2011, Gradoumé). D'autres mères administrent le plat familial, occasionnellement des galettes et des beignets à l'enfant.

A Hiro, village du département de Bouza, une femme âgée de 70 ans précise que c'est du « *kumu* » qui est donné aux enfants après 6 mois. Pourtant dans le discours, les jeunes mères évoquent l'administration du niébé, des beignets et de la pomme de terre achetée au marché de Bouza. Les aliments liquides constituent l'essentiel de l'alimentation de l'enfant, même si parfois on observe l'administration d'aliments solides.

L'administration d'une alimentation complémentaire prépare l'enfant au sevrage qui intervient à un âge différent d'une localité à une autre. De 19 mois à 24 mois à Moullé ; le sevrage intervient au bout de 17 mois, quelquefois à 21 mois dans le village de Hiro.

En général, c'est la mère qui décide de sevrer l'enfant ; elle informe le père par la suite. Parfois, le sevrage peut être tardif. On remarque que chaque village définit une norme en matière de sevrage. Le contrôle de cette norme est implicite. Il est exercé socialement par les femmes et tout écart à la norme expose la femme à la raillerie amicale, notamment par les grand-mères et les cousines. C'est pourquoi, à Hamidawa par exemple, lorsqu'une femme contracte une grossesse "précoce" (c'est-à-dire avant 1 an 7 mois), elle continue d'allaiter l'enfant jusqu'à 19 mois pour "tromper" la vigilance des autres femmes.

La nécessité de donner aux enfants une alimentation spécifique à partir du 6^{ème} mois est bien connue des femmes. Elles citent à l'envie les bienfaits de l'alimentation complémentaire ainsi que sa composition: tourteaux d'arachide, purée de niébé, légumes, œuf, voire fruits, y compris dans les villages où l'accès à ces denrées est un vrai défi. Le message sur l'alimentation de complément reçu dans les centres de formation sanitaire et relayé par les séances de communication interpersonnelle lors des visites à domicile est ancré dans le cercle des femmes. Cela ne veut pas pour autant dire qu'elles l'appliquent. En règle générale, l'enfant de plus de 6 mois n'a pas une alimentation spéciale. L'administration d'une

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

alimentation de complément et le sevrage relèvent de la responsabilité de la femme.

Quels sens peuvent avoir les recommandations relatives à l'alimentation de complément dans des contextes où l'allaitement maternel exclusif n'est pas respecté dès la naissance ?

VI. LE RECOURS AUX CENTRES DE SOINS

Le contexte des centres de soins

Le recours aux centres de soins en cas de maladie de l'enfant est une pratique aux résultats mitigés comme l'atteste la divergence entre les discours des personnels de santé d'un côté et ceux des usagers de l'autre. Au-delà d'accusations mutuelles, les discours de ces deux catégories d'acteurs décrivent les facteurs qui limitent le recours aux centres de santé de proximité.

La polyphonie autour du recours aux centres de soins

Le discours des personnels de santé

« Par rapport aux vaccins, la fréquentation est faible parce que les mères amènent leurs enfants vers les centres qui font la prise en charge des malnutris » (entretien avec chef CSI de Bagalam, 16 août 2011)

Pour les personnels de santé, l'accès aux vivres déterminerait la fréquentation des centres de soins. Les cases de santé sont constamment contournées au profit des CSI où sont pris en charge les enfants malnutris. C'est le cas de la case de santé de Jibalé dans le département de Bouza. Alors que la responsable de la case de santé se plaint de désœuvrement, les femmes de Hiro (village appartenant à l'aire de santé de Jibalé) préfèrent aller au CSI de Déoulé (chef-lieu de la commune du même nom). Les femmes vont au CSI de Déoulé à cause du « biscuit » et de la farine enrichie distribués aux femmes qui font la CPN et aux malnutris.

« En fait, pour la CPN les mardis, parfois, on enregistre une à deux femmes. Il arrive que les mercredis, aucune femme ne vienne à la CPN. Il arrive aussi que les femmes viennent au 7 ou 8^{ème} mois de la grossesse... Les rares femmes qui viennent ici sont celles qui ne peuvent se rendre à Déoulé. Quand je leur demande pourquoi elles ne viennent pas ici pour les consultations, elles me répondent qu'ici elles ne reçoivent rien ! », (Ramlatou Illa, responsable case de santé de Jibalé, le 04 déc. 2011)

Les propos des chefs coutumiers

Les autorités coutumières sont impliquées dans le dispositif de communication des PFE. L'ensemble des chefs de villages et quartier que nous avons rencontrés ont une bonne maîtrise de leurs cahiers de charge à ce sujet. Ils doivent sensibiliser les populations. D'après ce qu'ils nous disent, ils s'en acquittent bien, et les femmes suivent leurs conseils.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

« On sensibilise également les femmes pour amener leurs bébés aux centres de santé en cas de vomissement ou autre problème de santé. Nous sensibilisons aussi les femmes enceintes de se présenter dans les centres de santé, sans attendre le moment d'accoucher. Donc les femmes enceintes vont au centre de santé 3 à 4 jours avant l'accouchement. » (entretien avec le chef de village de Bandé, 13 oct.2011).

Mais il est difficile de savoir si ces propos correspondent bien à la réalité.

Les relais communautaires

La fréquentation des centres de soins est une PFE bien maîtrisée par les relais communautaires, et dont ces derniers disent qu'elle est suivie par les femmes auxquelles le message est destiné. Dans certains villages, la fréquentation des centres de soins est « classée » par les relais en tête des PFE les plus suivies par les femmes :

« - Parmi les 7 PFE quelle est celle que les femmes pratiquent beaucoup plus?

Celle que les femmes pratiquent beaucoup plus c'est celle portant sur la fréquentation des centres de santé.

Mais vous n'avez pas de centre de santé ici?

Oui mais il y en a à Zagawa et à Kouka où les gens partent se soigner » (N.K., relais à Bandé, octobre 2011).

Le discours des leaders religieux

« *Likita ta amshe komi* (lit. l'hôpital a pris le dessus en matière de santé). Nous avons même oublié le nom des plantes qui soignent certaines maladies... » (imam de la mosquée de vendredi à Moullé, 22 août 2011)

Ce propos de l'imam de la mosquée du vendredi de Moullé traduit le sentiment général d'appropriation de la médecine moderne comme principal recours aux soins. Ce détenteur du savoir islamique qui a étudié à Katsina (Nigeria) considère que les PFE sont une avancée, « *ci gaba* ». Il « profite des heures de prières » pour sensibiliser les fidèles sur les questions d'hygiène : « *sapta : adini yana son sapta* » (lit. la religion exige la propreté), le recours aux centres de soins, « *zuwa likita* », etc. Témoin des changements dans son village, il fait remarquer que l'avènement du projet PFE contribue à réduire l'influence des tradi-praticiens sur les populations. L'imam fait remarquer que

« Par le passé le *ributu* (eau chargée d'une encre ayant servi à écrire des versets du Coran) était administré aux nourrissons pendant quelques jours contre une petite somme de 100 FCFA ou 150 FCFA. Maintenant cela est rare. Seuls quelques parents viennent nous le demander ».

L'avènement du projet PFE a fait perdre à l'imam un marché.

Les colporteurs de médicaments et les tradi-praticiens

Les vendeurs de médicaments incitent parfois, disent-ils, à recourir aux centres de soins médicaux. Dans le village témoin non PFE de Hamidawa, c'est le vendeur de médicaments qui

« conseille les femmes d'aller au CSI lorsqu'il s'agit de "grandes maladies"...c'est-à-dire les maux de ventre non accompagnés de diarrhée... » (entretien I.A., revendeur de produits pharmaceutiques à Hamidawa, 11 octobre 2011)

Les vendeurs de produits pharmaceutiques conditionnent leur intervention à la nature de la maladie. Ils distinguent « les grandes maladies » face auxquelles ils sont impuissants et "réfèrent" leurs clients aux centres de santé officiels, et les « petites maladies » pour lesquelles ils administrent toutes sortes de comprimés.

N. H. a hérité de la médecine traditionnelle de son père. Dans le village de Bandé, elle est officiellement reconnue comme l'unique *bokanya* (féminin de *boka*, *guérisseur*). Les services de soins qu'elle offre sont nombreux. Mais pour certains cas, elle oriente les malades vers les centres de santé : « Dès que je constate que la maladie n'est pas de mon ressort ou que ça dépasse mes compétences, je demande au malade d'aller au centre de santé. Par exemple quand la personne n'a pas assez de sang dans le corps, là je sais que je ne peux rien pour elle et donc je lui conseille d'aller voir les agents de santé » (entretien avec N.H., octobre 2011).

Les consultations prénatales et nourrissons

Le niveau des CPN et des CN est bien apprécié par les agents de santé du CSI de Yaouri :

« Je peux dire que 99% des femmes de Bandé viennent ici pour les consultations. C'est parce que j'ai peur de me tromper, sinon je dirais même que je n'ai pas vu une femme qui n'ait jamais fait de consultation », (chef CSI de Yaouri, le 14 octobre 2011)

Si la fréquentation du CSI de Yaouri est « bonne », c'est aussi en partie à cause des consultations foraines. Tous les mois, en effet, une équipe du centre de santé se déplace en direction de la population à qui sont adressés des messages sur l'importance de la fréquentation des centres de soins.

Dans le village de Bandé, les vaccinations sont bien respectées, les dates de rappel sont bien maîtrisées par les femmes qui savent le nombre de vaccinations qui leur sont exigées. Elles se rendent aux consultations nourrissons « jusqu'à ce que l'agent de santé dit que les consultations sont terminées » (matrone traditionnelle de Bandé, entretien du 07 octobre 2011).

La distance qui handicape (la proximité des structures de santé)

Q: Ici vous n'avez pas de centre de santé ni de dépôt de médicaments et on vous a dit d'amener les enfants dans un centre de santé dès qu'ils tombent malades. Alors comment vous vous y prenez?

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

R: On part à Zagawa Foulani ou à Koukal Mékia?

Q: D'ici à Koukal Mékia ça fait combien de minutes de marche?

Q: Cela fait 30 minutes de marche. Et d'ici à Zagawa Foulani fait environ 35 minutes de marche.

Q: Et vous allez à pied même quand vous y amenez un malade?

R: Oui!

Q: Et les femmes où est-ce qu'elles vont pour les CPN?

R: A Yawouri!

Q: A pied?

R: Oui! Elles quittent ici tôt aux environs de 5 heures du matin. Et elles doivent respecter les rendez-vous puisque c'est leur santé qui est en jeu.

Q: Tu as combien d'enfants?

R: Quatre enfants....

Q: J'ai remarqué que tous vos enfants sont nés à la maison mais les agents de santé ne vous ont-ils pas demandé de venir accoucher au CSI?

R: Ils nous le disent mais les femmes vont juste pour les consultations prénatales et post natales » (entretien avec L.I., relais communautaire à Bandé, 06 oct.2011).

Les recours aux centres de soins sont plus fréquents pour les consultations que pour les accouchements. Du fait de la distance qui sépare le village de Bandé des centres de santé (case de santé et CSI) et du caractère rudimentaire des moyens de déplacement (charrettes), les accouchements se font à la maison. Dans les cas où les villages sont proches des centres de santé, les femmes se rendent aux CSI après avoir accouché à la maison ou en cours de route:

« Il y a des femmes qui viennent des villages environnants. Elles viennent souvent après avoir accouché », (T.A., matrone à Moullé, entretien du 23 août 2011)

Le recours aux centres de soins est limité par la distance et le manque de moyens de déplacement à certaines heures. En cas de crise tard dans la nuit, il est difficile de trouver rapidement une moto pour transporter un enfant au CSI le plus proche, celui de Moullé, situé à environ 5 km. Ces contraintes touchent aussi les femmes en travail.

La relation avec les formations sanitaires

L'accueil des personnels de santé

Il existe une importante littérature sur les difficiles relations entre les usagers de centres de soins et les personnels de santé²⁵. Certaines femmes disent qu'à Kouka, même quand les agents sont là, l'attente est trop longue. On reproche à l'infirmier son attitude :

« Le major gronde les patients comme des enfants ! »

Selon elles, avant, il y avait à Kouka un infirmier qui était très courtois. Il était toujours là, disponible et accueillant, contrairement à ceux qui sont là maintenant.

La disponibilité des médicaments

Etude de cas : petit Sani

Sani a deux ans. Il est le benjamin du forgeron du village de Garin Dogo, Ali Dan Bacharou. Pour protéger les membres de sa famille contre le feu, celui-ci leur administre *dab da futa*, un breuvage hérité de ses ancêtres. Chaque enfant reçoit, en dose unique, quelques gouttes, 40 jours après la naissance. En cas de brûlure, *dab da futa* facilite la cicatrisation. Pour Ali dan Bacharou, « avec le travail du fer, il faut toujours être protégé ». A la naissance du petit Sani, le chef de ménage Ali a « voulu respecter les conseils selon lesquels il ne faut plus donner de l'eau aux enfants ».... Le 2 septembre 2011, cela faisait 23 jours que le petit Sani avait eu le torse partiellement brûlé par l'eau chaude. Le père relie le malheur au fait que Sani n'a pas bu *dab da futa* :

« Nous sommes conscients qu'il faut faire l'AME, mais nous voulons protéger nos enfants ! ».

Pour rester fidèle dans un premier temps aux consignes relatives au recours aux centres de soins, Ali amène son fils au CSI de Moullé....

« Lorsque l'enfant a été brûlé, nous n'avons pas utilisé *dab da futa*. Nous l'avons amené directement au CSI. A deux reprises Sani a été amené au SCI, il n'y avait pas de médicament. Les agents de santé m'ont dit de revenir dans deux jours... je ne pouvais pas attendre plus longtemps. Par la suite, je lui ai mis *dab da futa* et depuis que j'ai commencé le traitement traditionnel, *le maganin galgajiya*, je ne l'ai pas ramené au CSI..... » (Ali Dan Bacharou, Garin Dogo, le 2 septembre 2011).

²⁵ Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P. 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD-Karthala.

Le manque de médicaments décourage parfois les usagers à recourir aux centres de soins, comme préconisé par les PFE. La gratuité des soins a mis à genoux les centres de santé de proximité, qui sont devenus parfois incapables d'offrir les soins appropriés. Cette situation constitue une limite importante pour l'amélioration de la fréquentation des formations sanitaires de proximité.

Le trésorier du COGES de Moullé décrit la situation du CSI :

« L'Etat nous doit 15 millions de francs. Nous ne sommes plus solvables auprès de nos fournisseurs qui acceptent seulement de nous fournir la moitié de nos commandes mensuelles. Ces commandes sont essentiellement constituées du *cotrim*, *parahydroxyde*, *vita k1*, etc. L'essentiel de nos usagers sont les enfants pour qui les soins sont gratuits. Les adultes ne viennent que lorsque la situation est grave. Parfois, on enregistre 4 à 6 adultes par jour.... », (entretien avec Y.C., 28 août 2011)

Ces deux entretiens d'acteurs occupant des positions différentes rendent compte de l'inadéquation entre les attentes de l'utilisateur et les capacités d'offre de soins des centres de santé. L'insatisfaction par rapport à la qualité du service a détourné l'utilisateur vers d'autres formes de soins, déconseillés par l'Unicef.

L'absentéisme des personnels de santé

Les responsables des cases de santé, principales formations de proximité, sont fréquemment absents de leur poste. Ils sont le plus souvent partis en formation ou en appui au centre de santé intégré lors des campagnes vaccinales. Face à l'absence des agents de santé, les femmes préfèrent aller directement au niveau des CSI. A Bandé, les femmes vont beaucoup plus à Yaouri parce que là-bas, les agents de santé sont toujours là et disponibles, alors qu'au niveau de la case de santé de Kouka on n'est pas sûr d'y trouver l'infirmier.

D'autres femmes préfèrent se rendre directement au CSI de Yaouri parce qu'elles estiment que « c'est le plus grand service de santé ».

Observation au CSI de Yaouri

Le 14 octobre 2011, notre équipe a décidé d'observer les activités des agents du CSI de Yaouri. Ce jour-là, le chef CSI était seul à son poste, assisté de deux agents de santé communautaires. Lui s'occupe du tri et de la prise en charge des malades, les agents communautaires s'occupant de la prise en charge des malnutris. Au service des consultations, l'attente est de plus en plus longue. Nous y retrouvons une femme venue du village de Bandé, à environ 10 km de Yaouri...

Après un peu plus d'une heure d'attente, les femmes apprennent que l'infirmière ne sera pas là. La consultation nourrisson a été carrément annulée. Beaucoup de femmes venues pour la consultation prénatale ou nourrissons sont obligées de retourner chez elles. De telles pratiques, assez fréquentes, découragent ces femmes.

Les mesures incitatives

La face cachée de la gratuité des soins

L'accès aux soins est officiellement gratuit pour les enfants de moins de 5 ans. Mais cette gratuité n'induit pas un recours systématique aux centres de santé:

«Les populations prennent toujours du temps avant de venir, surtout les adultes qui doivent payer. Mais avec la gratuité des soins, il y a quelques changements... » (chef CSI de Bagalam, 16 août 2011)

Dans certaines localités, le recours à la case de santé est payant. Dans le village de Bandé où les échanges se font en nairas, les femmes donnent 3 *mourtalas* (60 nairas) et 10 FCFA aux agents de santé pour les soins des enfants²⁶.

A Bagalam :

« Certaines femmes enceintes ne vont pas aux CPN parce qu'on leur demande de payer 2.250 FCFA pour le test de sang et 350 FCFA pour le carnet », (entretien R.H., relais communautaire à Bagalam, le 13 août 2011).

Ne disposant pas de ces sommes, nombre de femmes préfèrent accoucher à la maison et s'en remettent à Dieu ! D'autres encore préfèrent recourir à la pharmacopée traditionnelle, « *maganin galgajiya* » (R., relais communautaire, Bagalam, 13-08). L'évolution de leurs grossesses ne fait donc pas l'objet d'un suivi médical. N'ayant pas suivi les CPN, ces femmes échappent aux statistiques médicales du CSI.

Le paiement de certains frais par les usagers, licites ou illicites, reste une pratique courante. Dans le village de Moullé (Sarkin Yamma) les femmes sont tenues de payer 2.100 FCFA lorsqu'elles viennent accoucher au CSI. Le paiement de cette somme est perçu comme une « charge » pour les maris dont « certains sont obligés de s'endetter » (entretien avec S.M., Moullé). A Gradoumé, pour chaque consultation les femmes sont tenues de payer 225 FCFA.

Il y a des stratégies de survie que les agents de santé adoptent. Comme les remboursements de la gratuité ne viennent pas, les agents de santé essaient de compenser en taxant plus les payants. Donc, au lieu de prendre 2.000 FCFA avec les adultes pour l'observation, ils prennent 2.500 FCFA ou 3.000 FCFA. Il y a aussi le fait que ceux qui renouvellent leur consultation paient aussi les produits, en plus des frais de consultation, au lieu d'avoir ces produits gratuitement.

L'accès aux vivres

La prise en charge des malnutris depuis la crise nutritionnelle de 2005 a transformé le paysage des centres de santé. Elle fait accroître les taux de

²⁶ Environ 275 FCFA.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

fréquentation des CSI. La possibilité d'accès aux vivres s'est aujourd'hui imposée comme critère déterminant dans le recours aux centres de soins.

« La couverture pour le Penta 3 est de 34% alors que l'objectif est de 90%. Les femmes ne viennent pas [au CSI]. S'il y a les vivres, elles viennent, comme elles sont pauvres...Parfois, même lorsqu'elles sont riches, elles suivent leurs intérêts » (chef CSI de Bagalam, 16 août 2011).

L'accès aux moustiquaires, négocier les consultations

L'accès aux moustiquaires attire les femmes vers les centres de santé. Un peu partout, les agents de santé disent que seules les femmes qui viennent en consultations pré-natales peuvent bénéficier de moustiquaires. De fait, cette conditionnalité a des effets inattendus. Certaines femmes ne perçoivent pas l'importance des consultations, elles n'y voient qu'un moyen de bénéficier des moustiquaires. Il n'y pas forcément une adhésion aux consultations, mais une stratégie pour avoir des moustiquaires.

Dans certains CSI, les responsables ont durci les conditionnalités. Au CSI de Moullé, seules les femmes qui ont respecté l'ensemble des consultations et qui ont accouché au CSI peuvent avoir des moustiquaires. Cette règle a été décidée par les responsables de santé pour inciter les femmes à réduire les risques liés aux accouchements à domicile. Pour le chef CSI de Moullé,

« Il y a des femmes qui ne reviennent plus aux CPN dès qu'elles ont reçu les moustiquaires ! ».

Le durcissement de la mesure vise donc à maintenir les femmes enceintes dans le circuit du suivi médical de la grossesse. Néanmoins cette mesure n'est pas sans exposer de nombreuses femmes aux risques de paludisme. Comme on peut le voir, pour déjouer les stratégies des femmes en termes d'accès aux moustiquaires, les agents de santé ont réinterprété localement la règle de l'OMS selon laquelle « les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans doivent dormir sous moustiquaire ». Dans notre site d'enquête, cette règle est loin d'être respectée puisque les femmes enceintes ne peuvent disposer de moustiquaire tant qu'elles ne consultent pas les centres de santé.

« Quand une femme vient pour CPN ou CN, elle a droit à une moustiquaire... Quand une femme accouche au CSI, on lui donne une moustiquaire. Mais quand les moustiquaires finissent elles arrêtent de venir », (chef CSI de Gradoumé, 26 nov. 2011)

Il n'est pas exagéré d'affirmer que les femmes de Gradoumé viennent en consultation pour disposer de moustiquaires. Le chef CSI de Gradoumé constate une bonne fréquentation pour les consultations ; mais pas pour les accouchements.

« Le taux de fréquentation pour la CN et la CPN est assez bon. L'accouchement, c'est plus ou moins, les femmes viennent seulement quand il y a des complications », (chef CSI de Gradoumé).

Le suivi communautaire des grossesses

Le recours aux centres de soins est favorisé par un dispositif de suivi communautaire des grossesses présent dans les villages ayant comme principaux acteurs les matrones et les relais communautaires.

Le rôle des matrones, un rôle non perçu

Tous les villages disposent de matrones qui doivent appuyer les agents de santé dans la prise en charge des accouchées au niveau des maternités et à la maison. Derrière ce rôle officiel, les matrones font une sorte de veille sur les femmes enceintes qu'elles incitent à aller aux consultations prénatales. Lorsqu'il s'agit des primipares, les matrones prennent le devant en les accompagnant aux consultations. Une matrone rencontrée à Moullé définit ses tâches :

«...nous rappelons aux femmes d'aller à la CPN au bout de 3 mois de grossesse. Pour les primipares, c'est nous qui les accompagnons aux consultations parce qu'elles sont inexpérimentées et ont un peu honte d'aller seules !» (T.A, entretien du 28 août 2011)

En général, leur âge assez avancé leur donne une assise respectable. Les discours des matrones reproduisent le discours officiel. Mais l'étude de leurs pratiques réelles dans les villages est à faire. Il faut distinguer aussi les matrones des villages (qui font de temps en temps des accouchements à domicile) des matrones « affectées » de fait à un CSI (qui assistent en permanence les agents de santé). Observe-t-on des différenciations dans les pratiques des matrones « affectées » à un centre de santé et celles qui ne le sont pas ?

Le rôle des relais communautaires

Le porte à porte effectué par les relais communautaires a permis de rapprocher les centres de santé des usagers. Les séances de communication avec les femmes sont aussi des occasions pour détecter celles qui sont enceintes à qui on conseille de consulter. Ces dernières subissent ainsi l'influence sociale du groupe de discussion pris à témoin par les relais communautaires.

Du fait de leur double casquette, en tant que relais communautaires pour les PFE et d'agents de santé communautaire, les relais communautaires occupent une double position qui leur permet de « suivre » les usagers des centres de santé. Dans les communautés villageoises, ils diffusent les messages ; au CSI, ils détectent les femmes qui n'y vont pas. Ces cas de figure ont été observés essentiellement dans les villages de Moullé (Maradi) et Gradoumé (Bouza). Ces villages disposent de CSI où certains relais, notamment les femmes appuient, de façon ponctuelle, les personnels de santé dans le domaine de la prise en charge nutritionnelle des malnutris. Sur ce plan, on peut affirmer que le « suivi » de la fréquentation des centres de santé est plus rapproché dans les villages dotés de CSI que dans les

autres. La proximité d'un centre de santé intégré est plus déterminante dans le recours aux soins que la proximité d'une case de santé.

Les obstacles au recours aux centres de santé

L'évaluation personnelle de la maladie : « quand ce n'est pas compliqué... »

Les parents ont leur propre marge d'appréciation du moment auquel ils doivent amener leur enfant au centre de santé.

« Vous savez quand ce n'est pas compliqué on préfère se soigner ici. Mais il y a des maladies pour lesquelles nous amenons directement les gens au CSI...les diarrhées fortes et les vomissements ».

Les parents font leur arbitrage entre ce qui est compliqué et ce qui ne l'est pas.

Q: On vous dit d'amener vos enfants dans les centres de santé quand ils sont malades. Mais est-ce que vous amenez l'enfant dès qu'il tombe malade ou bien vous attendez quelques jours avant de l'amener? Et quand vous vous rendez à Yawouri avec vos enfants malades, vu notamment la longue distance à parcourir ?

R: Nous avons des charrettes. Et quand l'enfant a par exemple la diarrhée, on lui donne une solution à base de sucre et de sel d'abord. Et c'est quand ça ne va pas qu'on l'amène au CSI (entretien avec S.H., village de Hamidawa)

En général, les parents tentent un premier traitement à la maison. Lorsque la maladie persiste, ils décident d'amener l'enfant au centre de santé :

« Si l'enfant tombe malade le soir, on lui achète des comprimés en attendant de l'envoyer au CSI le lendemain matin lorsque son état de santé ne s'améliore pas »
(I.A., chef de ménage, Garin Dogo, 31-08-11)

Dans le cas précis de la diarrhée, le traitement à la maison est porteur de risques compte tenu du fait que les parents n'ont pas une parfaite maîtrise du dosage et ignorent le plus souvent les conditions de préparation de l'ESS.

Les mesures coercitives et leurs effets négatifs

Pour rendre effectif le recours aux centres de soins, les agents de santé ont défini localement des règles pour contraindre les populations. Les contrevenantes à ces règles sont amendées ou ne bénéficient pas de soins égalitaires.

Un peu partout, les agents de santé, conjointement avec les comités de gestion, ont pris des mesures coercitives visant à contraindre les femmes à accoucher dans les centres de santé. A Jibalé (Bouza), l'amende pour celles qui accouchent à la maison est de 5.000 FCFA.

Ailleurs, les mesures prennent la forme d'une sanction non financière. A Moullé, par exemple, toute femme qui accouche à domicile n'a pas droit à une

moustiquaire. De plus, les femmes ne reçoivent de moustiquaire qu'au terme de l'ensemble des consultations prénatales.

A Bouza et Illéla, les femmes qui n'accouchent pas dans une formation sanitaire sont amendées à hauteur de 5.000 FCFA ou 2.500 FCFA. Cette décision qui vise à promouvoir les accouchements au niveau des centres de santé a produit des résultats mitigés selon le chef de CSI de Changnassou :

« Chaque femmes doit accoucher au CSI sinon ils [COSAN et COGES] vont la taxer... En réalité ça n'a vraiment pas eu un effet ; ce sont les sensibilisations qui ont porté ! » (Entretien avec le chef CSI de Changnassou, 17 déc. 2011).

Des mesures quasi similaires appliquées à Gradoumé n'ont pas été suivies de résultats probants selon les propos du chef CSI qui reconnaît qu'il y a un faible taux d'accouchement dans sa formation sanitaire. Les causes sont plutôt ailleurs :

« La fréquentation du CSI est bonne, les consultations nourrissons sont bonnes. Seulement, les femmes sont un peu réticentes à venir accoucher au CSI parce que nous sommes tous des hommes ! » (chef CSI de Gradoumé, le 26-Nov.2011)

Les obstacles d'ordre culturel

Ces propos sont confirmés par un leader religieux vivant à Hiro :

« Il est préférable que les femmes accouchent au niveau des centres de santé parce que les agents maîtrisent bien leur travail. Mais, c'est mieux que des femmes assistent nos épouses ! », (entretien avec malam I.A., Hiro le 09-déc.2011).

Cet entretien situe toute la complexité des déterminants culturels qui expliquent la sous-fréquentation des centres de santé lors des accouchements. Ces raisons se trouvent à un autre niveau de décision. Les populations ne sont pas systématiquement opposées à la fréquentation des formations sanitaires. C'est la structuration de ces centres (composition du personnel, services offerts, coercition, etc.) qui est mise en cause.

Les disparités dans la qualité du service lors de l'accouchement

Les maris déplorent le mauvais accueil qui est réservé aux femmes lorsqu'elles accouchent à la maison.

« Lorsqu'elles accouchent à la maison, les agents de santé font des remontrances aux femmes ! (S.M., chef de ménage à Moullé, 23 août 2011)

Presque dans tous les centres de santé que nous avons observés, des mesures ont été prises pour décourager les accouchements à domicile. Mais ces mesures sont parfois critiquées à cause de leur caractère « dur » :

« Lorsque la femme accouche à la maison, elle ne reçoit pas de moustiquaires. Je pense que les femmes ont tort [d'accoucher à la maison], mais c'est une mesure difficile en revanche ! », (entretien avec T.A., matrone à Moullé, 23 août 2011)

Les mesures coercitives prises par les agents de santé pour "encourager" le recours aux centres de santé ont parfois produit des résultats inattendus. Dans certains villages, elles ont été fortement critiquées. N'ayant pas eu l'adhésion des populations, ces mesures ont été carrément abandonnées, notamment à Jibalé, dans le département de Bouza.

L'accès à la "pharmacie par terre"

Les populations fréquentent les colporteurs de médicaments parce qu'ils sont d'accès facile (forte interconnaissance, absences de barrières sociales). De plus, le fait qu'il y a possibilité de s'approvisionner à crédit et à l'unité favorise le recours des populations aux pharmacies par terre dans les villages.

« Il y a même des gens qui ne paient pas leur crédit mais ça n'empêche qu'ils reviennent s'approvisionner à crédit... en tant que musulman, quand un malade qui n'a pas d'argent se présente chez un vendeur de médicaments, celui-ci doit lui donner les médicaments en attendant qu'il trouve de l'argent pour payer », (entretien avec I.A., Hamidawa, le 11 octobre 2011).

En plus des facilités d'accès qu'offrent les vendeurs de produits pharmaceutiques, il faut aussi souligner la force des usages qui poussent les populations à utiliser les médicaments non recommandés.

Nous nous sommes entretenus avec Idi, vendeur de médicaments. Il nous a dit que beaucoup de gens viennent acheter des médicaments quand ils sont malades ou quand leurs enfants sont malades.

Q Tu as l'habitude d'acheter des médicaments avec ce vendeur?

R: Oui, même aujourd'hui j'ai acheté des médicaments pour mon enfant qui avait des maux de tête.

Q: Quel est le médicament que tu as acheté?

R: « Bodress », c'est un médicament qui soigne les maux de tête.

Q: Et qui vous a dit ce médicament soigne les maux de tête?

R: On a juste vu les gens prendre ce médicament pour les maux de tête et ça les soigne.

VII. LES REPRÉSENTATIONS AUTOUR DE LA DIARRHÉE, DU PALUDISME ET DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES

Cette section concerne les trois maladies retenues par le projet PFE comme principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants : la diarrhée, le paludisme et les infections respiratoires aiguës (IRA).

La diarrhée

Les préconisations des relais communautaires : « aller au CSI de Bagalam ! »

A Bagalam, dans le quartier de Maradi, les populations enquêtées reconnaissent que la diarrhée est consécutive au manque d'hygiène. Face à la diarrhée, les mères préfèrent recourir aux centres de santé sur recommandation des relais communautaires :

« Parce qu'il leur est difficile de préparer elles-mêmes la solution salée-sucrée (ESS), nous avons suggéré aux femmes d'aller directement au centre de santé dès que l'enfant fait la diarrhée. Au bout de deux épisodes de diarrhée, elles courent au centre de santé », (R., relais communautaire à Bagalam, 13-08,2011).

Les relais communautaires semblent inscrire leur message dans la gestion du risque par rapport à la préparation de la solution salée-sucrée (ESS). En lieu et place d'encourager la préparation à domicile, dont on sait que les conditions d'hygiène ne sont pas toujours respectées, problème auquel s'ajoute les conditions d'approvisionnement en eau potable pour certains ménages, les relais communautaires suggèrent de façon pragmatique le recours au SRO au niveau des centres de santé. Cette suggestion a un écho dans les communautés à cause de l'accès gratuit aux SRO distribués au niveau des centres de santé. C'est donc une initiative des relais qui adaptent leur message aux conditions locales

« Certaines mères tentent des traitements à la maison avant d'envoyer les enfants au centre de santé, le plus souvent « lorsqu'ils ne guérissent pas » (entretien avec K.O. relais communautaire à Bagalam, 18 Août 2011).

Dans les villages de Moullé et Garin Dogo (Maradi), le recours aux centres de santé serait plus tardif. Les populations n'ont pas encore le réflexe d'amener systématiquement leurs enfants au centre de santé dès les premiers signes de maladie :

« Lorsque l'enfant fait la diarrhée plus de trois fois, c'est en ce moment qu'elle est considérée comme maladie », constate le relais H. de Moullé.

Pour ce relais communautaire rencontré à Moullé, toutes les diarrhées ne sont pas considérées comme des maladies par les populations. Il y a dans les représentations des populations, plusieurs types de diarrhées. Dans le traitement « des » diarrhées, le recours aux centres de soins varie selon les types de diarrhées.

Les types de diarrhée, les causes et leur traitement

La reconnaissance de la diarrhée par les populations

Dans les communautés rencontrées il existe plusieurs types de diarrhée. Selon les cas, la diarrhée peut être provoquée parce que « bénéfique » pour l'enfant, elle peut être tolérée ou perçue comme nocive. Ces perceptions déterminent le comportement des populations dans la prise en charge de la diarrhée.

La diarrhée est bien connue des populations de Moullé. Elles la nomment « *gudanawa* » ou « *zao* ». Les signes de danger qui font allusion à cette maladie sont nombreux. Les mères évoquent les « selles liquides fluides » ou « les selles par jets saccadés ».

A Garin Dogo, les populations font la différence entre la diarrhée "ordinaire" due à la poussée dentaire et la diarrhée-maladie. La diarrhée "ordinaire" n'empêche pas l'enfant de jouer, « elle est passagère ». D'autres personnes reconnaissent la diarrhée-maladie par la couleur verte des selles. Les guérisseurs parlent de « *bayamma* ». D'autres reconnaissent la diarrhée par la fréquence des selles que fait l'enfant. Certains parlent de 3 selles, d'autres parlent de 10 selles.

Enfin à Bandé et à Hamidawa, certaines mères ne font pas de différence entre le paludisme et la diarrhée. Il faut préciser que ces deux villages ont une courte expérience des PFE, comparativement aux villages de Maradi. Lorsque l'enfant fait la diarrhée, « il vomit » ou « larmoie ».

Bagalam : « didira » et « mai harsasay »

Les populations de Bagalam distinguent les diarrhées dites « *didira* » et les diarrhées connues sous le terme de « *mai harsasey* ». La première forme de diarrhée se caractérise par des selles tachetées de sang, faisant penser à la dysenterie. La diarrhée *mai harsasey* évoque des jets saccadés qui accompagnent la sortie des selles.

Moullé : la diarrhée des génies et la diarrhée liée à la dentition

A Moullé, il existe la diarrhée liée aux génies de l'eau, *aljana ruwa*. Le mode opératoire de l'envoûtement est simple : une mère qui se promène la nuit court le risque de rencontrer les mauvais génies *aljana ruwa*. Ces génies affectent le lait de la mère. En tétant, ce lait "contaminé", l'enfant est atteint. La diarrhée chez l'enfant est perçue comme la manifestation de cet envoûtement des génies. Pour les enfants de moins d'un an, le traitement est simple : c'est à la mère de boire une

décoction de feuilles soigneusement préparée pour casser le mauvais sort jeté par les génies. A chacune des tétés, le corps de l'enfant est alors purifié. Pour les enfants de plus d'un an, la consommation se fait directement sans passer par le lait de la mère.

Dans le discours des détenteurs du savoir magico-religieux, le glissement de sens est fréquent. Assez souvent, en effet, ils mobilisent le registre de la maladie du vent, *iska*, et ses manifestations (diarrhée). Souvent aussi, ils évoquent la diarrhée en termes de soulagement. Administrées directement (pour les enfants de plus d'un an) ou par le truchement du lait maternel (pour les nourrissons), les décoctions déclenchent la diarrhée, qui est perçue positivement comme une purification.

« Les décoctions nettoient les impuretés du ventre de l'enfant et stimulent l'appétit »
(Dan Tsoho, guérisseur à Moullé, 22 août 2011).

Si la référence au magico-religieux est une réalité à Moullé, le recours aux guérisseurs se fait dans la discrétion, fait remarquer MG., le guérisseur du village. Il revendique son appartenance au culte des animistes, les *Azna*. Il ne pratique pas l'islam. Les habitants du village tolèrent sa présence parmi eux et donnent une certaine caution à son culte en reconnaissant qu'il existe des maladies *iska* (lit. les maladies du vent). La référence au vent tient au caractère non "visible" de la maladie. Contre *iska*, seuls les guérisseurs peuvent avoir des solutions.

Pour les leaders de la religion musulmane « ce sont les *jahilai* (lit. les ignorants) qui consultent les guérisseurs », les *bokayé* (pluriel de *boka*). Les guérisseurs, au même titre que leurs clients se trouvent ainsi stigmatisés par la communauté des hommes musulmans, majoritaires dans le village. Cet étiquetage ne contribue, cependant, pas à décourager la clientèle des guérisseurs constituée essentiellement de femmes.

Le second type de diarrhée ne nécessitant pas de recours au CSI est associé à la poussée dentaire des enfants. Pour traiter ce type de diarrhée, certaines femmes font boire, à la mère et à l'enfant, du « *mayé* » (de la bouillie de mil) accompagnée de décoctions de feuilles. Par le canal du sein de la mère, l'enfant sera traité.

Dans le village de Moullé, on note la coexistence de deux types de traitements contre la diarrhée chez l'enfant. L'un est direct, l'autre indirect. L'existence de ces deux types de traitements élargit ainsi la gamme de choix des parents lorsque leurs enfants ont la diarrhée.

Bandé et Hamidawa : « caddi » et « diarrhée-saletés »

Les populations distinguent la diarrhée liée à la dentition que les habitants de Bandé et de Hamidawa nomment « *caddi* » et la diarrhée consécutive au manque d'hygiène. C'est en référence à ces deux types de diarrhée que les populations construisent une échelle de gravité qui détermine leur réaction. Le premier type de diarrhée « affaiblit l'enfant » ; celui-ci « a les gencives enflées ». L'enfant est parfois envoyé dans un centre de santé où il reçoit la SRO. Parfois aussi, à la maison, sur conseils du revendeur de produits pharmaceutiques, les mères administrent

« quelques » comprimés à l'enfant. En fonction de l'âge de ce dernier, les revendeurs conseillent de donner un comprimé ou la moitié (pour les enfants). Aux enfants de moins de 6 mois sont administrés des produits sous forme liquide de sirop. Il s'agit de « *flagyl* » et « *diarrhea stop* ». Les mères recourent également à la médecine traditionnelle en cas de diarrhée chez les enfants. Lorsque l'enfant a plus de deux ans, les mères donnent du « *sabara* » et du « *danya* » mélangé à du lait. Les enfants de moins de deux ans seraient conduits dans des centres de santé.

Nous avons remarqué que, dans leur discours, les femmes de Bandé et de Hamidawa n'évoquent pas la préparation de la solution salée-sucrée (ESS). Pourtant, elles ont apparemment la maîtrise, si on les interroge, des conditions de préparation et d'administration. Le recours au revendeur du village et au centre de santé est la première attitude des mères en cas de diarrhée chez leurs enfants.

Gradoumé et Hiro : « diarrhée bénéfique, diarrhée nocive »

A Gradoumé et à Hiro, villages dans le département de Bouza (Tahoua), les populations distinguent la « bonne » diarrhée, « *zawo lahiyaye* » (lit. la diarrhée non dangereuse) et la « mauvaise » diarrhée, *zaw'n cuta* (lit. la diarrhée nocive). Ces deux types de diarrhées se subdivisent en plusieurs sous-types. A la naissance, la diarrhée est ainsi nécessaire.

« Mon enfant est mort parce qu'il n'a pas fait la diarrhée durant quatre jours après la naissance ! » (Maïmoune Mahamane, vieille du village de Gradoumé).

Lorsqu'elle accouche, la parturiente se voit administrer du « *sabara* » pour faciliter la lactation). Cette substance sert aussi de purge pour l'enfant. Cette purge permet « d'ouvrir les intestins du bébé » et « l'enfant a de l'appétit ».

La diarrhée que fait l'enfant à la naissance est jugée bénéfique. Sa couleur « noirâtre » renforce chez les vieilles l'idée que ce sont des selles néfastes à évacuer :

« La couleur « noirâtre » des selles, c'est la sauce noire de *kuka* (sauce à base de feuilles de baobab), que la mère a consommée. Cette sauce noire se retrouve dans le ventre du bébé et tant qu'il ne l'évacue pas, il sera malade » (entretien avec des femmes âgées, Gradoumé)

Parmi les *zawo lahiyaye*, les populations citent la diarrhée liée à la poussée dentaire chez l'enfant, « *zawo'n mattamna* ». Tout le monde fait l'expérience de ce type de diarrhée. Elle fatigue moins l'enfant, se caractérise par une odeur forte et a une texture liquide, de couleur blanche, « *zawo hwari* ». Les parents considèrent que c'est une diarrhée « passagère » et s'en préoccupent peu. Dans le village de Hiro, à l'apparition des signes de diarrhée liée à la poussée dentaire, les mères recourent aux Peuls pour avoir le « *tamairuwa* », sorte de cordelette attachée aux reins ou au cou de l'enfant.

Les parents évoquent également le « *zawo'n dan wuya* », la diarrhée liée à la lulette.

« On laisse passer l'épisode de diarrhée, puis on procède à l'ablation de la lulette » (relais communautaire à Hiro, entretien du 30 novembre 2011).

Dans la catégorie du *zawo wanda balahiyayeba*, les enquêtés citent la diarrhée-saleté, « *zawo'n malati* ». Le traitement de ce type de diarrhée se fait par le truchement de la mère, le médicament parvient à l'enfant à travers le lait. En cas de « *bakin zawo* » (lit. diarrhée noire), il faut systématiquement amener l'enfant au CSI.

Diarrhée-maladie, « *zawo na ajalli* », ce type de diarrhée survient lorsque l'enfant consomme des aliments que « le ventre n'a pas acceptés », « *ciki shi rikice, ciki bai amsaba, kiyawa ciki* » (lit. le ventre est perturbé).

Il y a *zawo na tamowa*. Les selles s'étalent sur plusieurs jours, y compris lorsqu'on administre les SRO à l'enfant. Il maigrit et fait de la fièvre, « *masasara* ».

Contre la diarrhée-maladie, les guérisseurs proposent une panoplie de médicaments à base de plantes. C'est le cas de « *dap* », dont la poudre se boit dans de la boule « *hura* ». Ce traitement est censé « arrêter la diarrhée ». Il y a, dans la population, une bonne connaissance des remèdes contre la diarrhée. Un mari d'une bénéficiaire des filets sociaux constate qu'on peut faire bouillir et administrer l'écorce de « *madaci* ». Le breuvage permet d'arrêter la diarrhée.

Les marabouts sont également mis à contribution pour traiter la diarrhée-maladie. Sollicités par la mère de l'enfant malade, les marabouts font des incantations tirées du Coran. Pour le service rendu, ces derniers reçoivent une mesure de céréales, une « *tiya* » ou l'équivalent en argent.

A ces traitements, il faut ajouter l'auto-médication. Les populations ont un large répertoire de médicaments qu'elles administrent aux enfants en cas de diarrhée. En cas de diarrhée, les mères, conseillées parfois par les matrones, administrent du « *flagyl* » ou « *mai kalla biyu* » (lit. deux couleurs) appelé aussi « *kamso* », allusion faite aux gélules. Les auto-prescriptions varient selon l'âge du malade.

Pour le Flagyl :

2 à 4 comprimés par jours pour les adultes ;

1 à 2 comprimés par jour pour les enfants de plus d'un an ;

1 comprimé par jour pour les enfants de moins d'1 an

Les comprimés de Flagyl sont achetés à 50 FCFA les trois comprimés.

Pour « 2 couleurs » :

2 à 4 comprimés par jour pour les adultes ;

1 à 2 comprimés par jour pour les enfants de plus d'1 an ;

½ comprimé par jour pour les enfants de moins d'1 an

A Libattan Guidan Rana (Illéla), le recours à l'auto-médication est fréquent si bien que les mères ont une bonne maîtrise des posologies applicables en cas de diarrhée. Ainsi, les mères achètent le « *maitsaba* » (lit. contenant des granulés), en

référence aux capsules contenant des granulés. *Maitsaba* est vendu à 25 FCFA les deux capsules. Contre la diarrhée, les mères administrent ½ capsule deux fois par jour pour les petits enfants et 1 capsule deux fois par jour pour les enfants de 4 ans au moins.

Tous ces itinéraires thérapeutiques n'excluent pas le recours à une formation sanitaire. En fonction du type de diarrhée, les mères recourent prioritairement ou non au centre de santé. La référence à ces différents itinéraires traduit la grande dissonance entre le discours biomédical et les représentations sociales autour des diarrhées. On remarque également que dans les villages de Tahoua, les femmes ont une connaissance assez détaillée des comprimés utilisés en cas de diarrhée, comparativement aux villages de Maradi et Zinder, probablement en raison de la faible implantation du projet PFE

Fait important à souligner, nous avons relevé une faible référence à la préparation à domicile de la solution de réhydratation orale. Les mères s'en méfient, même lorsqu'elles montrent une relative maîtrise du dosage préconisé. Pour certaines femmes, c'est par contrainte financière qu'elles préparent l'eau salée-sucrée :

« On peut préparer le SRO à la maison mais je n'ai pas confiance, j'ai peur de me tromper alors je vais directement faire soigner mon enfant au CSI. C'est seulement quand je n'ai pas les 1.000 FCFA pour payer les soins que je prépare ça à la maison », (H.K., Gradoumé le 24 nov. 2011).

Le paludisme

Le paludisme est bien connu des populations, comme en témoigne la pluralité des noms rattachés à cette maladie: *agana* ou *zazapi* (lit. fièvre), *agajeri* (fièvre banale), *masasara tizon sab'ro* (lit. la fièvre due à la piqûre de moustiques), *masasara kaka* (lit. fièvre des périodes de récoltes), *hwarta raba* (lit. convulsions liées à la rosée : allusion à la période hivernale), *hwarta damana* (lit. convulsions de la période hivernale), *higga ruwa*, (convulsions), etc.

Les signes du paludisme selon les enquêtés

Les situations sont très contrastées. Il existe – encore - des mères qui ne font pas de liens entre les piqûres de moustiques et le paludisme. Pour ces dernières, le paludisme est une maladie récurrente qui sévit au moment des nouvelles récoltes, *masasara kaka*. En d'autres termes, le paludisme ne peut être évité et apparaît de façon cyclique :

« Dès que l'enfant mange le produit des nouvelles récoltes, il tombe malade », (une ménagère rencontrée à Bagalam Août 2011).

Le changement de régime alimentaire serait la cause de *masasara kaka*. La consommation des produits de la nouvelle récolte perturbe ainsi l'organisme de l'enfant qui finit par être malade. Cette représentation populaire du paludisme, qui préexistait aux messages bio-médicaux sur le lien avec les moustiques, reste encore enracinée.

Mais la grande majorité des femmes, notamment à Bagalam, accepte aussi que les moustiques soient la cause principale du paludisme. Les signes de paludisme sont nombreux. Selon une mère à Bagalam,

« Quand l'enfant ne joue pas ou qu'il n'est pas en forme! On attend un peu... lorsqu'il est couché, lorsqu'il a le corps chaud et pleure, l'enfant est alors considéré comme malade »

Selon une autre mère,

« *Masasara tizon sab'ro* » se manifeste par des vomissements, un refus de manger ; l'enfant ne joue pas, il a la fièvre, fait des convulsions « *zabura* », il pleure sans cesse ».

Le paludisme se reconnaît à travers le « corps chaud » (fièvre) et les « convulsions ». Selon certains, la « la gravité du paludisme peut provoquer la diarrhée ». Il peut aussi se manifester par des épisodes de « bâillements et étirements », (imam de vendredi à Garin Dogo, 2 sept. 2011).

A Bandé et Hamidawa (Zinder), les populations reconnaissent le paludisme à travers un répertoire de signes observables sur le corps, « apparition de boutons sur le corps », qui seraient dus aux piqûres de moustiques (les populations font très bien la différence avec les boutons de la rougeole ou de la varicelle), le comportement de l'enfant (« l'enfant est calme et faible »), la perturbation du sommeil de l'enfant par des « convulsions » (*zabura*), la température du corps (« fièvre »), la respiration (« changement du rythme de la respiration »), et les « vomissements ». Selon son âge, les pleurs sont intégrés dans le répertoire des signes de danger. Plus l'enfant est petit, plus les pleurs font partie des signes évoqués.

Lorsque les populations parlent de paludisme, elles donnent comme exemples des enfants d'un an au minimum. Cela justifie peut-être le recours à la « pharmacie par terre », comme premier niveau de traitement. Aux enfants de plus d'un an, l'on peut administrer des comprimés. C'est pourquoi l'auto-médication apparaît comme une solution spontanée dès l'apparition des signes de paludisme chez les enfants. Toutefois, l'administration des « *pracetamol* » n'est jamais considérée comme une thérapie définitive. C'est, dans le discours des populations, un « traitement en attendant » ou « pour calmer l'enfant ». La thérapie peut s'étaler sur plusieurs jours. Lorsque l'enfant se porte mieux et regagne le groupe de jeu des enfants du village ou de la concession, le recours aux centres de soins n'est plus nécessaire. Le produit pharmaceutique qui a permis à l'enfant de recouvrer la santé devient, pour la mère, la référence thérapeutique « administrable » à un autre enfant qui tombe malade dans le même ménage, voire dans la concession.

Les types de traitement du paludisme

Le recours à la médecine traditionnelle

Le recours à la médecine traditionnelle est fréquent. Chaque village a ses guérisseurs, qui offrent des alternatives à la médecine biomédicale. La survivance des tradi-praticiens est favorisée par les perceptions autour de certaines maladies. Les convulsions liées au paludisme restent souvent associées aux manifestations de génies. Dans les ménages, le recours aux soins semblent relever de la responsabilité des mères :

« Ce sont les femmes qui viennent nous voir », (M.D.T., guérisseur à Moullé, 22 Août 2011).

Pour les maladies « mystérieuses », les guérisseurs sont le dernier recours lorsque le traitement bio-médical a échoué. Parmi les modes de traitement du paludisme, la pratique de la fumigation est en voie de disparition. Par contre, à Hamidawa, pour casser la fièvre en cas de paludisme, le malade prend un bain. L'eau du bain contient du quinquéliba et du natron.

Le traitement biomédical

Le traitement bio-médical se décline sous deux formes : sous la forme officielle et sous la forme non officielle.

« Nous n'administrons plus de médicament aux enfants. Nous conseillons d'envoyer les enfants à *likita* », (propos de N., tradi-praticienne à Bandé, 07 oct. 2011)

Ce type de discours est récurrent et trompeur. Il relève du « double langage » des populations visant à dire ce que « nous » voulons entendre. Une autre réalité est donnée ici par un autre habitant du même village :

« Certaines femmes sont promptes à informer que l'enfant est malade. D'autres sont plus négligentes et recourent à certains traitements, par exemple contre la fièvre. Pensant qu'elles connaissent certaines pathologies, elles tentent de prendre en charge la santé de l'enfant...Cela prend parfois plusieurs jours », (N.O., chef de ménage, Bandé le 07 Oct. 2011).

Le discours de ce tailleur du village révèle la responsabilité de la mère dans la prise en charge de la santé de l'enfant. Il montre que les femmes allient l'auto-médication et le recours au centre de soins.

Les populations assimilent le paludisme à la fièvre. Dès qu'un enfant a la fièvre, le réflexe des parents est de la "casser" en administrant des produits "connus". Dans ce registre, le *paracétamol* est le plus utilisé. Il est considéré comme un médicament anti-paludéen puisqu'il fait tomber la fièvre.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

« En cas de palu, nous traitons pendant un jour l'enfant à la « *nibakine* » achetée chez le *chemist's*. En cas de persistance, nous allons ensuite au CSI », (ménagère à Hiro, 30 nov. 2011).

Dans les villages de la région de Tahoua, les populations semblent avoir une relative bonne maîtrise des posologies du paracétamol. Une mère précise le traitement qu'elle administre en cas de fièvre:

« *Paracétamol* : enfant de moins d'un an, 1/2 comprimé par jour pendant 3 à 4

Enfant de plus d'un an : 1 comprimé matin et soir

Prix du paracétamol : 3 comprimés à 25 FCFA

Enfant de plus de 3 ans : « *médik* » + « *mai kibiya* » suivant la même posologie que le paracétamol. Les comprimés sont achetés entre 25 FCFA et 50 FCFA », (entretien avec R.A., femme bénéficiaire des filets sociaux, Hiro le 1^{er} déc. 2011)

Les hommes, à l'instar des femmes, ont eux aussi une bonne connaissance des produits pharmaceutiques à administrer en cas de fièvre. Ainsi, le commerçant A.R. de Hiro précise :

« Contre *masasara kaka*, « *a karvi kasa* » (lit. gratter le sol) : 1/2 comprimé pour les enfants de moins d'un an et 1 à 2 comprimés pour les enfants de plus d'un an. Le comprimé coûte 25 FCFA l'unité », (Hiro le 2 déc.2011).

Il y a, sur le site de Tahoua une forte circulation de l'information autour des modes de traitement de la fièvre associée au paludisme. Comme on peut le constater, le répertoire des produits pharmaceutiques est large, donnant aux populations une gamme de choix étendue.

Les mesures de prévention du paludisme

Les séances de salubrité

Ces mesures de prévention sont diffusées sous la forme des séances de salubrité ou de l'utilisation des moustiquaires imprégnées dans les ménages. Dans tous les sites, on a assisté à l'existence - souvent fictive - de comités de salubrité. Composés essentiellement de jeunes du village, ces organisations veillent au nettoyage des ruelles au moins une fois dans la semaine. A Moullé, les jeudis et dimanches sont consacrés à l'assainissement pour rendre le village propre « *haske* » et pour remblayer les flaques d'eau.

A Garin Dogo, le comité de salubrité a réussi à faire admettre aux populations de ne pas faire leurs besoins aux alentours immédiats du village. Les espaces de défécation sont à une bonne distance des concessions.

Le chef de village de Bandé pense que :

« L'assainissement a permis de réduire certaines maladies ; il y a de moins en moins de mouches dans le village et [leur] état de santé s'est amélioré », (chef de village de Bnadé, 13 oct. 2011)

A Hiro (Tahoua), les comités villageois de salubrité sont l'émanation du projet d'hydraulique villageoise (PHV) qui a pris fin en 2011. D'abord initiée autour de l'hygiène autour des bornes fontaines, cette organisation a été étendue par la suite à la salubrité des lieux publics (mosquées, concessions, etc.). Pour créer de l'émulation chez les populations, les « villages propres » et « écoles propres » étaient récompensées. Les mobilisations étant le plus souvent liées à la vie des projets, qu'en reste-t-il après la fin du projet ? Durant notre séjour à Hiro, les femmes évoquaient régulièrement les séances de salubrité ; nous n'en avons pas été témoin !

Partout où ils existent, ces comités villageois de salubrité sont peu fonctionnels. Leurs membres de plaignent du manque de moyens de travail et de leur faible implication dans le dispositif PFE. De plus, ces comités sont très peu actifs en saison des pluies, les membres étant occupés à travailler dans les champs. Ces formes d'organisations villageoises peuvent être mobilisées par le projet, dans le cadre de la mobilisation sociale.

Au rang des mesures préventives contre le paludisme, figure également l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

L'accès aux moustiquaires, une condition à la coopération des femmes

La question de la disponibilité constitue, dans les travaux sur la distribution des moustiquaires, un point central. Au cours de nos enquêtes, nous avons constaté qu'il y a une bonne disponibilité de moustiquaires. Il existe deux principaux modes d'accès aux moustiquaires, la distribution gratuite et l'achat.

Les distributions gratuites concernent essentiellement les femmes, notamment celles qui font les consultations dans les centres de santé. Elles structurent les rapports entre les femmes et les formations sanitaires de proximité. L'accès des femmes aux moustiquaires conditionnent parfois leur ouverture aux campagnes de sensibilisation constate un relais communautaire à Bagalam. Les femmes qui n'ont pas reçu de moustiquaires lors des campagnes de vaccination refusent aux agents de sensibilisation l'accès à leur concession, y compris aux relais communautaires :

« Moi, je n'ai pas reçu de moustiquaire, il faut aller voir celles à qui tu as remis.... »
(H. A., Bagalam le 12 août 2011).

Ces propos traduisent l'idée que les moustiquaires sont un moyen d'échange. Les femmes qui coopèrent le plus sont celles qui ont bénéficié de moustiquaires. Les populations sont prêtes à adopter les innovations lorsqu'elles savent qu'elles peuvent avoir quelque chose en retour.

Dans le quartier de Bagalam, les distributions gratuites de moustiquaires ont créé chez une frange de la population un sentiment de frustration qui a, certainement, contribué à durcir les rapports entre les relais communautaires et les populations :

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

« La distribution gratuite n'a pas pu couvrir toutes les maisons. Nous avons reçu 7 balles de 50 moustiquaires pour Bagalam !, cela ne peut pas suffire ! Mais certains nous ont accusés de favoritisme... » (H.G., relais communautaire à Bagalam, 12 Août 2011).

De leur côté, les agents de santé ont fait du respect des consultations médicales une condition d'accès aux moustiquaires. Partout, seules les femmes assidues aux consultations ont droit à une moustiquaire. Parmi les nombreuses raisons invoquées, on note :

« Il y a des femmes qui ne reviennent plus aux CPN dès qu'elles ont reçu les moustiquaires ! », (entretien avec le chef CSI de Moullé).

Les moustiquaires apparaissent comme un moyen de maintenir les femmes enceintes et les mères dans le circuit de la consultation médicale.

L'achat constitue le mode d'accès d'une part importante de la population aux moustiquaires. On peut s'en procurer chez le boutiquier ou le jour de marché. D'autres encore rachètent les moustiquaires revendues par les femmes bénéficiaires. A Bagalam, les moustiquaires sont souvent revendues à 1.000 FCFA par les femmes issues de ménages pauvres. La vente apparaît comme une stratégie de survie. Assez souvent, les moustiquaires sont revendues aux femmes qui n'en ont pas.

Le don, quoique marginal, constitue le troisième mode d'accès aux moustiquaires. Généralement, les autorités coutumières reçoivent en don des moustiquaires qu'elles redistribuent à leur tour. A côté des distributions officielles, certains acteurs rencontrés affirment avoir reçu des moustiquaires des mains du chef de village. C'est le cas du guérisseur du village de Moullé, Dan Tsoho et du *Wanzam*, barbier du village.

L'accès aux moustiquaires n'est pas généralisé dans les villages enquêtés. Les conditions d'accès excluent certaines catégories de la population, à savoir les hommes, les jeunes et les enfants de plus de 5 ans. Si les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans disposent de moustiquaires, une part non négligeable de la population reste exposée aux piqûres de moustiques et au paludisme. Ces personnes se protègent comme elles peuvent en utilisant au mieux des « moustiquaires raccommodées par endroit », sinon elles dorment sans moustiquaires.

Les types de moustiquaires et les représentations qui leur sont associées

Les moustiquaires disponibles dans les sites d'enquête sont variables. Les femmes de Bagalam distinguent les moustiquaires « bleues », plus rigides, « aux grosses mailles » qui « se cassent », « chaudes », et les moustiquaires « blanches », « plus souples », aux mailles « serrées ». Elles préfèrent de loin les moustiquaires « blanches » qui sont jugées de meilleure qualité.

A Moullé, la qualité des moustiquaires est évaluée selon d'autres critères. En règle générale, les moustiquaires imprégnées sont considérées comme plus « grandes » que les moustiquaires ordinaires. On les reconnaît par le nombre d'anneaux (6) contre (4) pour les moustiquaires ordinaires. Elles sont appréciées pour parce qu'elles sont « grandes » et « deux à trois personnes peuvent se dormir sous ces moustiquaires ! » (entretien avec l'Imam de vendredi, Moullé le 22 Août 2011).

De plus, l'origine des moustiquaires apparaît comme un critère de qualité pour les populations. Elles considèrent que les « moustiquaires du marché sont de qualité inférieure à celles de CSI parce qu'elles sont constamment exposées au soleil ». C'est par défaut que les moustiquaires ordinaires sont utilisées, et ce, « en dépit de leur mauvaise qualité » ou « malgré le fait qu'il fait chaud sous les moustiquaires achetées sur le marché ».

L'utilisation des moustiquaires dans les ménages

L'utilisation des moustiquaires dans les ménages varie selon les saisons. En règle générale, elle est plus importante en saison des pluies qu'en saison sèche considérée comme « dépourvue de moustiques ». Certains font le lien entre l'existence de mares, la prolifération des moustiques et l'utilisation des moustiquaires. A Bandé par exemple, les populations considèrent qu'il y a moins de moustiques, comparativement à des localités disposant de mares.

Nos enquêtes ayant coïncidé avec la saison des pluies, nous avons constaté une bonne utilisation des moustiquaires dans les ménages. Un simple coup d'œil furtif dans une chambre permet de constater des moustiquaires accrochées au-dessus du lit. L'utilisation des moustiquaires est une question d'habitude. Cette habitude peut être favorable :

« Une fois qu'on s'habitue, on ne peut plus dormir sans moustiquaire. Dès 19h, j'attache la moustiquaire et dès que l'enfant a sommeil, il entre dedans », (R.S., ménagère, le 14 Août 2011).

L'habitude peut aussi constituer une grosse contrainte à l'utilisation des moustiquaires. C'est le cas de nombreuses femmes qui ont « le sentiment d'étouffer lorsqu'elles dorment sous moustiquaire ».

Dans certains ménages de Bagalam, la structure des maisons pose un réel problème à une utilisation efficace des moustiquaires. La promiscuité des lieux, « *cunkosso* », rend difficile la mise en place du dispositif de fixation des moustiquaires. Cette situation est autant compliquée en saison des pluies qu'en saison sèche. En saison des pluies, les populations passent l'essentiel des nuits à l'intérieur des maisons. Du fait de la forte concentration humaine, il est difficile de fixer des moustiquaires. En saison sèche, la chaleur contraint les populations à dormir sur les terrasses exigües des maisons. Là aussi, il est difficile d'avoir un espace suffisant pour tous les membres du ménage. Dans certaines concessions, fait remarquer un relais à Bagalam, « il y a jusqu'à 12 ménages ! C'est très difficile ! ».

Dans les villages, les concessions sont beaucoup plus aérées, offrant de bien meilleures conditions d'utilisation des moustiquaires. Les concessions sont grandes, disposent d'une cour aérée. Dans certaines concessions, on peut remarquer les piquets qui servent à fixer les moustiquaires.

Pour gérer le déficit de moustiquaires ou d'espace, plusieurs enfants dorment sous une même moustiquaire. Parfois, les parents choisissent de protéger les enfants et de dormir, eux, en dehors des moustiquaires.

Moments d'utilisation des moustiquaires, un décalage temporel préjudiciable

Les femmes affirment, dans leur grande majorité, qu'il faut fixer les moustiquaires dès le coucher du soleil. Si cette préconisation est bien assimilée, elle reste néanmoins peu observée. De plus, il y a un décalage frappant entre le moment où la moustiquaire est fixée et celui où les enfants vont se coucher. A Moullé, les enfants vont se coucher entre 19h et 20h, après le dîner. Quand aux adultes, ils attendent souvent 22h-23h pour aller au lit. Les hommes d'un côté, les femmes de l'autre, ils passent ainsi une partie du temps à causer dans la cour, s'exposent aux piqûres de moustiques.

Fixer la moustiquaire relève en général de la responsabilité de la femme. Au besoin, elle se fait aider par sa grande fille ou, très rarement, par le mari. Pour les maris, les raisons de leur implication sont d'ordre économique :

« Chaque soir, je fais le tour pour vérifier que les moustiquaires sont bien fixées. Parce que quand les enfants tombent malades, c'est moi qui vais dépenser pour les médicaments... » (I.A., chef de ménage à Garin Dogo, 31-08-11)

Pour s'assurer que les populations utilisent réellement les moustiquaires, dans certains villages, les relais font des visites surprises dans les ménages. A Garin Dogo, c'est vers 18h qu'ils se rendent dans les ménages. A Gradoumé (Tahoua), le chef de village a interdit la revente des moustiquaires.

Les infections respiratoires aiguës

Les caractéristiques des IRA selon les populations

Périodisation, signes et typologie des IRA

Les IRA surviennent en période de froid, « *sanyi* » entre novembre et février. Dans le village de Hiro, les femmes parlent de « *sanyin majina* » pour désigner le rhume. Le froid entraîne le mal de poitrine, « *ciwon gaba* » ou « *ciwon hakarkari* » (douleurs au niveau des côtes). Ce mal de poitrine est assez lié à la fréquence de toux, « *tari* ». L'enfant gémit, « *shina nishi* » et il a la fièvre. A Hiro, les femmes distinguent trois types de « *sanyin majina* » Il y a celui qui survient lorsque l'enfant

passer la nuit dehors. Il y a celui que la mère transmet à l'enfant par le lait. Il y a enfin « *sanyin majina* » qui s'accompagne de fièvre « *masasara ta majina* ».

D'autres femmes parlent de « *majina gaba* » pour dissocier un simple rhume, passager, des IRA. L'enfant refuse de téter ; il a constamment des larmes aux yeux. « Ayant le nez bouché, il a du mal à respirer » (S.M., chef de ménage à Moullé). Il refuse de jouer. Certaines femmes évoquent les « *ciyon kai* » (lit. maux de tête) comme signes des IRA.

Les populations distinguent « *sabuwar mura* » de « *tsofuwar mura* » (lit. le rhume récent et le rhume chronique). A Libattan Gidan Rana, les populations parlent de « *majina tari* » (lit. rhume accompagné de toux) pour parler de toux grasse.

Les entretiens sur la reconnaissance des signes de danger et leurs traitements ont été plus productifs avec les mères. On serait tenté de corroborer les propos de Nafiou Oumarou, selon lesquels les femmes sont « les plus » concernées par la santé de l'enfant :

« Les mères sont les premières concernées par la maladie des enfants...elles sont le plus en contact avec les enfants... elles sont plus en contact avec les enfants...Parfois, les épouses n'informent pas leurs maris...» (N.O, Bandé.) ».

Lorsque l'enfant tombe malade, ce sont les mères qui entreprennent les premières démarches. C'est quand ces démarches s'avèrent infructueuses ou lorsqu'il faut conduire l'enfant dans un centre de santé que les pères sont approchés :

« Avant que je ne sois informé [de la maladie de l'enfant], c'est aux mères de s'en occuper. Lorsqu'elles doivent envoyer l'enfant dans un centre de santé, je leur donne un peu d'argent afin de lui acheter à manger une fois au niveau du CSI » (N.O., Ibid).

Les traitements des IRA

Traitement au centre de soins

L'offre de soins pour les IRA n'est pas toujours effective dans les formations sanitaires de proximité. Pour le traitement des IRA, notamment chez les enfants, il faut du sirop. Or ces produits ne sont pas disponibles dans le cadre de la gratuité des soins (ils sont trop chers pour les finances des CSI, du fait des retards de remboursements par l'Etat). Les parents sont tenus de les acheter directement dans le village auprès des revendeurs ou les faire acheter dans une grande ville :

« Les agents de santé nous disent de leur remettre l'argent pour nous acheter le médicament à Maradi et le lendemain nous repassons le prendre », (I.A., chef de ménage à Garin Dogo, 31 Août 2011).

L'auto-médication

Les mères mobilisent divers registres à partir desquels elles saisissent les signes qui constituent des dangers pour la santé de leurs enfants ainsi que les modes opératoires de la prise en charge. Deux types d'itinéraires thérapeutiques sont

empruntés pour traiter le paludisme et la diarrhée. Le premier itinéraire conduit directement et quasi systématiquement vers « la pharmacie du village », c'est en réalité la petite boutique du village dans laquelle sont vendus des produits pharmaceutiques importés du Nigeria. Le traitement sur place n'évacue pas pour autant un recours à la médecine moderne, en l'occurrence lorsque l'état de santé de l'enfant ne s'améliore pas. Il est à noter que les populations évoquent rarement le recours au magico-religieux dans ces cas. Aussi, existe-t-il une certaine forme de compétition entre médecine officielle (centres de santé) et informelle (revendeurs de médicaments).

A Changnassou, quand l'enfant a le rhume, on lui donne du « *Mixagrip* », localement connu sous le nom de « *mai hatsi* » (lit. granulés). La gélule est vendue à 25 FCFA l'unité. Pour décongestionner les narines de l'enfant, on lui fait inhaler du *robb*. Le *robb* faciliterait l'écoulement du mucus.

A Hiro, contre les IRA les parents administrent les gélules « *mai hatsi* » (lit. les granulés) achetées à 25 FCFA les deux comprimés. La posologie est décrite par un commerçant :

« 2 comprimés par jour pour adulte ;

1 comprimé par jour pour enfants de plus d'un an ;

½ comprimé par jour pour enfants de moins d'un an », (A.R., Hiro le 02 déc. 2011)

L'auto-médication complique souvent le travail de prise en charge par les agents de santé :

« Nous ne pouvons pas savoir ce qu'elles [les mères] ont fait avant de venir ici »,
(chef CSI de Changnassou, 17 déc. 2011)

La médecine traditionnelle

A Gradoumé, les parents recourent à des marabouts qui proposent "d'attraper les côtes" « *kaamun hakarkari* ». Cette pratique viserait à réajuster les côtes. Dans l'imaginaire des adeptes de ce type de traitement, les douleurs à la poitrine, « *ciwon gaba* », serait la manifestation d'un problème au niveau des côtes.

A Changnassou, les femmes mobilisent aussi leur savoir traditionnel pour traiter les IRA. Ainsi, elles administrent un breuvage constitué de *lallama* (une plante locale) avec des feuille d'eucalyptus et du beurre de vache. Ce cocktail qui a pour effet de faire vomir l'enfant permet ainsi de « décongestionner » la poitrine de l'enfant.

A Hiro, contre le « *sabuwar mura* » et du « *tsofuwar mura* » (lit. le rhume récent et le rhume chronique), le *boscia senegalensis* ou « *anza* » apparaît comme un remède. Dans le premier cas, il faut "encenser" les feuilles. Pour le rhume chronique, il faut piler les graines du *anza* et faire boire au malade.

A Libattan Gidan Rana, la consommation du « *sabara* » semble être un remède couramment appliqué. A ce remède s'ajoutent des traitements tels que : « frotter

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

de la cendre sur le nez ou boire de l'eau chaude contenant du *robb*», (S.A., relais communautaire, 9 déc. 2011).

VIII. LES FILETS SOCIAUX À TAHOUA (BOUZA ET ILLÉLA)

Introduction : les filets sociaux dans un contexte de déficit alimentaire

Le programme « Filets sociaux » est défini par le gouvernement du Niger et la Banque Mondiale comme une des interventions possibles face à l'insécurité alimentaire chronique et conjoncturelle. Les *filets sociaux* visent à assurer une protection durable aux ménages chroniquement pauvres grâce à un système de transferts non contributifs (aucune quote-part n'est exigée des bénéficiaires) et non conditionnels (les ressources ne sont orientées) d'un montant de 10.000 FCFA). Les bénéficiaires ont été ciblés d'après une étude menée sur la sécurité alimentaire et les filets sociaux au Niger par la Banque mondiale. A l'intérieur des ménages ciblés, une femme est désignée par le mari pour toucher les 10.000F CFA. Selon la pratique instituée dans tous les villages touchés par le projet, c'est en général le nom de la première femme qui est porté sur le carnet d'accès aux fonds lorsqu'il s'agit de ménages polygames. Quelques exceptions ont cependant été observées où c'est la seconde épouse qui vient toucher les 10.000F CFA.

Démarré en 2011, le projet « filets sociaux » intervient dans un contexte particulier de déficit alimentaire très prononcé, dont l'ampleur varie selon les localités. Par exemple, selon le maire de Déoulé, commune rurale dont dépend le village de Hiro, « 75% des villages de la commune sont déficitaires », (maire de Déoulé).

Dans le cadre de ses activités, le projet filets sociaux a mis en place un dispositif opérationnel sensiblement différent de celui des PFE. Il faut préciser que l'Unicef fait ici uniquement de l'accompagnement.

Le ciblage des bénéficiaires

Le ciblage des populations bénéficiaires s'est opéré sur une base essentiellement statistique, en s'appuyant sur les caractéristiques économiques des ménages, déterminées selon un questionnaire, auxquelles sont affectés des coefficients fixes. Or la réalité sociale ne saurait être suffisamment saisie à partir de telles méthodes, d'autant que le questionnaire, qui était établi pour des enquêtes dans les pays du Nord, n'était pas adapté aux sociétés nigériennes. Les responsables du projet reconnaissent que le processus de ciblage est « complexe »²⁷. N'ayant pas une assise locale solide, cette méthode semble peu fiable.

²⁷ H.C., chargé de suivi-évaluation au projet *filets sociaux*.

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

« On nous a réunis à l'école et c'est là-bas que les gens nous ont posé des questions, « tambayoyi » (lit. les questions), (entretien avec A. Y., mari d'une bénéficiaire, Gradoumé le 27 novembre 2011).

Pour une femme du village de Libattan Guidan Rana,

« Le choix des bénéficiaires est subjectif, mais c'est le choix des Blancs », (Z.A., relais communautaire, entretien du 10 déc. 2011)

Le questionnaire contient des rubriques relatives au revenu des ménages ainsi qu'aux biens disponibles. Il est difficile pour les agents enquêteurs de vérifier les biens dont disposent réellement les ménages. De fait, ni le *ciblage social* ni l'*auto-ciblage* n'ont fonctionné. Les autorités locales ont eu le sentiment d'avoir été contournées dans le processus de ciblage des ménages. Dans les villages, les populations disposent de leurs propres mécanismes de désignation des populations vulnérables que le projet n'a pas pris en compte lors du ciblage :

« Pourquoi on ne se réfère pas au Coran [pour cibler] ? Dès que les gens voient un véhicule de projet, ils tiennent un discours misérabiliste parce qu'ils savent qu'ils auront quelque chose... Alors ils ont joué le jeu... Par exemple, il y a au moins 100 chefs de familles qui sont incapables de payer l'impôt depuis 2 ans. Ils n'ont pas été ciblés... », (chef de village de Gradoumé, le 23 nov. 2011)

Un relais communautaire souligne quelques biais liés au ciblage des ménages :

« Il y a des cas où les bénéficiaires sont réellement très pauvres, il y en a qui le sont moins mais qui bénéficient des 10.000 FCFA », (H.A., relais à Gradoumé, le 24 nov. 2011).

Les propos du maire de la commune rurale de Déoulé, à laquelle est rattaché le village de Hiro, témoignent des biais du ciblage.

« Je pense qu'il faut élargir à beaucoup de personnes. Les gens m'interpellent sur le choix des bénéficiaires. Il y a des plus vulnérables que les vrais vulnérables ! Les gens malins disent qu'ils sont plus vulnérables. Il faut savoir mentir ! Les réponses données par les populations lors des enquêtes sont souvent biaisées. » (maire de la commune rurale de Déoulé, 1^{er} déc. 2011)

Pour les populations, bénéficiaires ou non, « *C'est Allah qui a voulu !* » ou encore « *wandanda Allah ya cisuwa* » (lit. ceux que Dieu a choisis). Lorsqu'ils n'arrivent pas à trouver une explication objective, les populations estiment que c'est le choix de Dieu ! Les non bénéficiaires caressent l'espoir de faire partie des bénéficiaires en cas de passage à une échelle plus grande.

« C'est le choix de *na'ura* (lit. l'ordinateur), personne n'est responsable...Je prie seulement pour être bénéficiaire la prochaine fois », (M.B., 70 ans, Libattan Guidan Rana, 11.déc. 2011)

De plus, la redistribution des fonds atténue le mécontentement car elle procure des ressources aux non bénéficiaires.

Par contre, certaines hautes autorités coutumières ne cachent pas leur scepticisme quant à l'efficacité du projet. C'est le cas d'un chef de canton :

« Je trouve que donner 10.000 FCFA par mois à une femme de campagne ne lui permettra jamais d'investir. Qu'est ce qu'une femme de campagne peut faire avec 10.000 FCFA par mois ? Elle ne peut qu'acheter des vivres. Elle ne peut pas investir avec tout ce que les agents du projet lui demandent de faire : tontine, achat de vivres, achat d'animaux, achat de tenue scolaires pour les enfants scolarisés, redistribution aux voisins, prise en charge de la santé, etc. J'ai proposé de donner 30.000F CFA par trimestre, comme ça on est sûr qu'elle pourra au moins acheter une chèvre », (entretien informel avec un chef de canton, le 04 déc. 2011)

Le projet « filets sociaux » est ainsi critiqué à la fois du point de vue de la méthode de ciblage des ménages vulnérables et du point de vue des modalités de distribution des fonds.

Le dispositif d'encadrement PFE et filets sociaux

Dans les villages de Tahoua, les dispositifs PFE de « filets sociaux » sont confondus. Comme acteurs de ces dispositifs, il y a les « opérateurs locaux », deux relais communautaires par village et des relais communaux. Le rôle des relais communautaires est identiques à celui décrit plus haut : organiser des séances périodiques de communication de masse, faire des visites à domicile, éventuellement remplir les fiches de suivi des PFE.

Les relations entre les « opérateurs » et les autres acteurs du dispositif (les chefs de villages, les relais communaux et les relais villageois) sont des relations de confiance. N'étant pas sur le terrain, il leur est difficile d'avoir un véritable contrôle sur le travail des ces derniers. L'opérateur ne peut pas savoir si les séances publiques de communication ont été tenues comme prévu.

L'innovation qu'offrent les communes de Tahoua consiste en l'existence de relais communaux. Les relais communaux sont des sortes de relais itinérants. Dans la commune, ils sillonnent tous les mois les villages bénéficiaires des filets sociaux pour sensibiliser les femmes sur une PFE. Ils sont rattachés à la commune qui les "recrutent" sur la base sur la base du BEPC. Pour leurs déplacements, les relais communaux ne disposent pas de moyens. Ils doivent mobiliser leurs propres moyens pour faire le tour des villages. Le relais communal d'Illéla réside à Dan Gada Toudou alors que celui de Bagaroua habite Changnassou.

Compte tenu de leurs moyens limités, les relais communaux ne sont pas capables de remplir pleinement les missions qui sont attendues d'eux. Tous les mois, ils sont tenus de faire un "rapport d'activités" et de le soumettre au maire. Ils reçoivent de la commune une gratification mensuelle de 3.000F CFA.

On peut remarquer qu'à Tahoua, le dispositif PFE épouse les différents niveaux de la hiérarchie administrative. Les chefs de village et 2 relais au niveau village, un relais communal au niveau de la commune, un opérateur qui couvre l'ensemble du département. Sur le terrain, par contre, ce dispositif n'est pas plus fonctionnel que celui observé à Maradi et Zinder.

Le dispositif de distribution des fonds, un dispositif transparent

Il est transparent aussi bien du point de vue de sa composition que de son fonctionnement.

La composition du dispositif de distribution des fonds

La composition du dispositif est assez composite. Elle comprend :

- *Le chef de village*. Il convoque les bénéficiaires, conserve les carnets de bénéficiaires. Il fait partie des signataires des procès-verbaux de distribution

- *Les « opérateurs » du projet « filets sociaux »*. "Agents doubles", leurs responsabilités chevauchent le projet « filets sociaux » et le projet PFE. Dans le cadre du projet « filets sociaux », ils ont comme mandat la supervision des opérations de distribution, la gestion administrative du projet au niveau du département, et le suivi post-distribution tous les 15 jours en vue de connaître le mode d'utilisation des fonds octroyés aux bénéficiaires. Les « opérateurs » sont plus actifs dans le cadre du projet « filets sociaux ».

- *Les autorités communales*. Elles sont représentées par un élu local lors des séances de distribution des fonds. Leur présence confère une caution à l'opération de distribution et renforce l'ancrage du projet dans la commune.

- *L'institution de micro-finance (Yarda)*. C'est le partenaire officiel du projet « filets sociaux ». Elle assure la gestion localement financière des fonds alloués par le projet « filets sociaux » dans le cadre des distributions aux bénéficiaires.

- *Le représentant du comité départemental de prévention et de gestion des crises alimentaires (CD/ PGCA)*. La présence de cet acteur au moment de la distribution des fonds témoigne de l'enchevêtrement des champs de compétences entre le projet « filets sociaux » et la cellule « crises alimentaires ». Alors qu'au niveau central (Niamey), on a une « cellule crise alimentaire » différente de la « cellule filets sociaux », au niveau local cette différence est très ténue. Au niveau départemental, c'est le comité en charge de la crise alimentaire qui répond au nom de la cellule filets sociaux.

Les relais communautaires ne font pas partie officiellement du dispositif de distribution des fonds. Le jour de la distribution des fonds, ils sont mis à contribution pour mobiliser les bénéficiaires.

Les séances de distribution des fonds

Elles se déroulent en public, devant la cour du chef du village. Elles se caractérisent par la présence physique des femmes bénéficiaires. Il n'est pas admis qu'une personne perçoive les fonds au nom d'une autre. Lorsqu'elles reçoivent les fonds, les bénéficiaires apposent leurs empreintes digitales sur la fiche de distribution. Ensuite, l'accès aux fonds se fait sur présentation des carnets

individuels, carnets conçus à cet effet. Dans certains villages, comme à Gradoumé, c'est le chef du village qui conserve les carnets, par mesure de sécurité. A la veille de l'opération de distribution, il réunit les femmes à qui il remet leurs carnets. Une fois l'opération terminée, ces documents sont récupérés et "soigneusement" conservés dans une caisse métallique. Enfin, les fonds décaissés mais non distribués font l'objet d'un suivi par les opérateurs du projet filets sociaux. Ces fonds sont reversés dans le budget de la distribution ultérieure. Il nous est arrivé de constater que certaines bénéficiaires ont, au cours d'une séance de distribution, touché plusieurs dizaines de milliers de FCFA, correspondant aux mois pendant lesquels elles avaient été absentes.

Les filets sociaux dans les villages concernés

La gestion des fonds par les bénéficiaires

L'utilisation des fonds reçus dans le cadre des filets sociaux fait coexister deux modes de gestion différents. Induits par les filets sociaux, ces modes de gestion transforment les rapports de genre au sein des ménages. Les femmes acquièrent de nouvelles responsabilités. Elles se sentaient moins dépendantes des hommes, notamment partis en migration :

« Même si le mari n'a rien envoyé, elles disent qu'elles peuvent assurer la sécurité alimentaire du ménage », (chef CSI de Gradoumé, entretien du 26 novembre 2011).

A Changnassou, les femmes remettent l'argent à leurs maris

C'est en assemblée villageoise que les hommes ont réussi à imposer les modalités d'utilisation des fonds, *tsari*, des filets sociaux. Le premier principe, le plus important, a consisté à dire que l'argent appartient au ménage : « *Kudi na guida ne...* ». Puisque l'argent appartient au ménage, sa gestion incombe au mari en sa qualité de chef de ménage. Ce principe va déterminer les rôles au sein des ménages entre les conjoints. Des règles implicites réduisent donc les femmes au rôle de « celles qui prennent l'argent », « *dauka kudi ne a nasu* ». Lorsque la femme prend l'argent, elle « doit » le remettre à son mari.

Selon le chef de village, O.A. :

« C'est nous qui avons décidé que les femmes remettent l'argent à leur mari ; à lui de l'utiliser pour le besoin de son ménage, puisqu'il est le mieux placé pour savoir ce dont a besoin son ménage » (chef de village de Changnassou, le 15-12-2011).

Prise en assemblée villageoise, cette décision s'impose à toutes les bénéficiaires. Elle confère au mari le rôle de principal responsable du ménage. Un proverbe exprime la portée de la place conférée à l'homme et à la femme :

Da unna namiji mace ke tachi (lit. « la femme grandit à l'ombre de l'homme ») (H. O., tradi-praticien, entretien du 17-12-2011).

A.C. est relais communautaire dans le village de Changnassou et son épouse est bénéficiaire des filets sociaux :

« Lorsque ma femme a pris sa part de tontine [47.000 FCFA], elle m'a remis l'argent. Je lui ai donné 1.000 FCFA et 1.000 FCFA à sa co-épouse. Le reste, j'ai géré la maison avec » (A.C., le 13-12-11).

Cet extrait d'entretien avec un relais communautaire montre que le contrôle des ressources ne se limite pas aux 10.000 FCFA que les femmes reçoivent mensuellement. Il intègre l'argent que l'épouse prend auprès de la tontine. C'est le cas des femmes qui remettent à leurs maris l'intégralité de l'argent de la tontine pour l'achat de vivres.

Par ailleurs, selon les sages du village, ce mode de gestion élimine les risques de conflits au sein des ménages, notamment les ménages polygames :

« Lorsque le mari reçoit l'argent, il achète des vivres pour tout le ménage, ensuite il répartit le reste entre ses épouses. C'est la seule façon d'éviter les conflits, *tashin bankalli* » (chef de village de Changnassou, ibid.)

Les anciens de Changnassou ont trouvé ainsi des modes locaux de prévention de conflits conjugaux liés à l'utilisation des fonds obtenus dans le cadre des filets sociaux.

Libattan : « *Qu'on donne aux femmes ou aux hommes, c'est la même chose* » !

« Nous ne sommes pas contre le fait de donner l'argent à nos épouses parce qu'elles l'investissent dans les dépenses du ménage... Tout ce que nous faisons, c'est pour le bien-être de nos familles », (C.I., fils du chef de village de Libattan Guidan Rana)

A Changnassou et à Libattan, les filets sociaux contribuent indirectement à renforcer le pouvoir des hommes dans les ménages. Ils sont les véritables bénéficiaires des filets sociaux. Mais nous verrons plus loin que cette modalité de gestion des fonds n'est pas généralisée et que certaines femmes s'approprient les filets sociaux.

Les dynamiques associatives induites par le projet filets sociaux

L'émergence de « groupements filets sociaux » : « directives » ou « suggestions » du projet ?

Partout dans les villages d'intervention du projet, des groupements féminins ont été mis en place. Dans certains cas, il s'agit d'un recyclage de groupements villageois préexistants (cas de Changnassou). La création de groupements liés au projet n'émane pas d'initiatives prises par les bénéficiaires. C'est une dynamique insufflée « de l'extérieur ».

Dans leur majorité, les réponses données par les bénéficiaires témoignent de leur faible implication dans la mise en place des tontines :

« Ce sont les gens du projet qui nous ont dit de participer à la tontine » ;

De nombreux bénéficiaires membres des groupements ne participent pas véritablement à la vie de ces structures.

« Nous attendons la décision des *magabatan mu* (lit. « nos dirigeants »)

Face à la situation alimentaire, certaines femmes n'ont pas hésité à transgresser ces directives du projet. Elles ont défini leurs propres règles « pragmatiques » d'utilisation des fonds obtenus.

« Ils [les gens du projet] ont dit de faire des tontines, mais en vérité, pour nous il y a d'autres priorités. Bien avant le projet, nous ne faisons pas de tontine dans le village. Par le passé nous avons une tontine mais à cause de la mésentente entre nous, nous avons décidé de ne plus en faire » (Bénéficiaires de Wourin Douma, entretien du 2 décembre 2011)

Outre ce type d'expérience malheureuse en matière de tontine, les femmes évoquent comme raison de ne pas faire de groupement la situation alimentaire difficile qui constitue, à leurs yeux, la priorité.

La redynamisation d'anciens réseaux de groupements villageois

A Changnassou, village situé dans la commune rurale de Bagaroua, le paysage des « groupements filets sociaux » présente une configuration assez particulière. Ils ont été greffés à un ancien réseau de deux des trois groupements mis en place autrefois par l'ONG *Care International* dans le cadre du projet « *Mata Masu Dubara* ». Il s'agit des groupements de micro-crédit mutuel *asusu* dénommés « *Ci gaba* » (lit. Le progrès), « *Jinkai* » (lit. La pitié) et *Alkawali* (lit. L'engagement). *Ci gaba* compte 93 femmes tandis qu'*Alkawali* en compte 72. Dans le cadre de MMD, les femmes ont acquis une bonne expérience en matière de micro-crédit et de tontine. Avec le projet filets sociaux, les femmes bénéficiaires se retrouvent dans des « sous-groupements » à l'intérieur de l'ancien réseau de groupements MMD. Elles se choisissent en fonction d'affinités diverses (voisinages, liens de parenté, etc.).

L'utilisation des fonds « filets sociaux »

La mutualisation des fonds reçus : les « adashé » (tontines classique) et les « asusu » (tontines dites « améliorées » de micro-crédit mutuel).

La mise en commun d'une partie des fonds reçus constitue le modèle dominant de la mutualisation de l'épargne promue par les agents du projet. Deux systèmes de mutualisation de l'épargne co-existent dans les villages observés. Il y a d'un côté, les « grandes » tontines classiques, *adashé*, où chaque membre prend à tour de rôle l'argent des cotisations du mois (la « cagnotte »), et les « petites » tontines, *asusu*, où cette cagnotte constitue un fonds pour fournir des micro-crédits aux membres. Alors que la cagnotte de la « grande » tontine (*adashe*) est redistribuée entre les membres tous les mois, celle de la « petite » tontine (*asusu*) est conservée et

« programmée » pour entreprendre des activités. Le montant de la cagnotte varie selon le nombre des membres et le montant de la cotisation hebdomadaire ou mensuelle fixée. En général, c'est après avoir pris leur cagnotte de *adashe* (la grande tontine) que les femmes peuvent véritablement investir dans l'achat d'animaux.

Asusu est considéré comme la « petite » tontine du fait des montants plus faibles des cotisations²⁸. Dans tous les villages, ce montant est de 500 FCFA. Selon un relais communautaire:

« On a demandé aux femmes de mettre 500 FCFA de côté chaque mois. Ainsi, à la fin du projet, on va pouvoir faire quelque chose avec l'argent. Nous pensons par exemple à la mise en place d'une banque céréalière... » (entretien informel avec H.A., relais communautaire à Gradoumé).

Les *adashe* et les *asusu* fonctionnent partout quasiment sur le même modèle, avec quelques variantes observables d'un village à un autre. Par exemple à Libattan Guidan Rana, on assiste à un fractionnement de la cagnotte à deux niveaux au moins. 30 femmes sur les 31 qui bénéficient des filets sociaux sont membres de la tontine. Tous les mois, elles collectent 150.000 FCFA qui sont répartis entre trois bénéficiaires du tour. Chacune obtient donc 50.000 qu'elle partager à son tour avec une autre femme de son choix membre de la tontine. Ainsi, les 150.000 sont finalement répartis entre 6 femmes qui auront chacune 25.000 FCFA.

Sur le terrain la différence est nette : les ressources des *adashe* (ou grande tontine) ont été partout utilisées par les femmes pour soit acheter une chèvre ou une brebis ou pour acheter des vivres dans le ménage. Tandis que l'argent de *asusu* est programmé pour un projet « fédérateur » que les femmes auront identifié. Il arrive (c'est le cas de Libattan) que l'argent de *asusu* serve de micro-crédit, mais l'argent est toujours remis dans la caisse....

L'achat de vivres, « sayen abinci »

Les filets sociaux améliorent les revenus des ménages. Ils contribuent à la sécurité alimentaire mais aussi aident à diversifier le régime alimentaire des ménages bénéficiaires.

Sécurité alimentaire des ménages bénéficiaires

« Cette année, grâce à cet argent nous achetons 5000F Cfa de mil tous les mois », (entretien avec B.S., le 24 novembre 2011)

²⁸ Ce système, parfois appelé « tontines améliorées », a été promu par Care dans les années 1980 et s'est répandu dans tout le pays

Diversification du régime alimentaire des ménages

« Nous achetons du riz « *shin kafa* » et de la pâte alimentaire « *makroni* », ainsi que des condiments ».

Les autres formes d'utilisation (redistribution, frais médicaux, etc.)

Mais il existe une multitude de formes d'utilisations des fonds obtenus du projet. Nous regroupons ici les plus régulièrement citées par nos interlocuteurs.

L'accès aux soins médicaux

« Quand j'ai pris l'argent de la tontine, mon enfant était hospitalisé à Bouza. J'ai utilisé cet argent pour faire face aux dépenses médicales » (entretien avec une bénéficiaire de Hiro, le 30 novembre 2011)

L'éducation des enfants

Les mères achètent des beignets à leurs enfants scolarisés, leur donnent des frais de récréation et parfois achètent des tenues scolaires et des fournitures scolaires, notamment à Gradoumé.

A Changnassou, H.N, a utilisé l'argent de la tontine pour payer les frais de scolarité de son fils qui fréquente un collège à Tahoua.

Approvisionnement des ménages en eau potable, sayen ruwa (lit. « achat de l'eau »)

Ceci est observable dans le village de Hiro qui dispose depuis moins d'un an d'une adduction d'eau potable. Les tarifs appliqués sont de 25 FCFA pour deux bidons de 20 litres.

L'achat de savon

Grâce aux fonds reçus, les ménages pouvaient s'approvisionner en savons vendus entre 150 FCFA et 200 FCFA.

La constitution d'un capital bétail

Achat d'une brebis ou d'une chèvre sont les modèles dominants dans les ménages bénéficiaires ».

*LES PRATIQUES FAMILIALES ESSENTIELLES (PFE).
SOCIO-ANTHROPOLOGIE D'UNE INTERVENTION À BASE COMMUNAUTAIRE*

Faire face à des dépenses de mariage

Ramatou Alassane est marié à un marabout en migration à Agadez depuis deux ans. Cette année elle n'a récolté que 20 bottes. Avec l'argent des filets sociaux, elle participe à une tontine pour laquelle elle verse 5.000 FCFA tous les mois. Lors de sa première prise, elle a eu 35 000 FCFA. Avec cet argent, elle a équipé la chambre de sa fille qui se mariait (Hiro, entretien du 30 novembre 2011).

Financer le transport jusqu'au lieu de distribution des fonds

« Les 12 bénéficiaires du hameau de Hwaska viennent ensemble toucher leur argent. Je ne sais pas ce qu'elles paient aux charretiers qui les amènent ici. Je sais que les frais de transport entre Chagnassou et Hwaska varient de 2.000 FCFA à 3000 FCFA » (O.C., relais à Changnassou, le 17-12-2011).

Le financement de la migration

L'argent sert aussi parfois à financer les frais de transport de membres du ménage candidats à la migration :

« Une fois, j'ai pris 50.000 FCFA à la tontine. J'ai donné 20.000 FCFA à mon mari qui devrait aller au Nigeria. J'ai acheté une brebis à 15.000 FCFA et un demi-sac de mil à 12.000 FCFA. Le reste [3000 FCFA], je fais les petites dépenses » (entretien avec R.H, relais et bénéficiaire à Changnassou, entretien du 13-12-11).

Les effets sociaux au sein des ménages vulnérables bénéficiaires

La solvabilité auprès des "créanciers" villageois

Les filets sociaux permettent aux femmes des ménages vulnérables de s'approvisionner à crédit chez le fontainier du village. Ils améliorent ainsi l'accès à l'eau potable

« Lorsque nous obtenons l'argent, nous payons notre dette auprès du fontainier »

Il en est de même chez le boutiquier du village

« A la veille de la Tabaski, j'ai pris à crédit : 6 morceaux de savon, 6 paires de chaussures dont 4 pour les enfants et deux pour moi et mon mari, ... »

Des tensions au sein des ménages : projet de la bénéficiaire et besoins du ménage

Dans certains ménages, la gestion des fonds reçus dans le cadre des filets sociaux se fait sur le mode de la concertation entre les maris et leurs épouses bénéficiaires. Dans d'autres, par contre, c'est le mari qui s'en accapare pour faire face aux besoins du ménage. Dans l'affectation des ressources, certains maris ne tiennent

pas vraiment compte des préoccupations réelles de la femme. C'est le cas de ce mari de bénéficiaire :

« Mon épouse approuve mon point de vue. Je sais qu'elle a d'autres projets avec cet argent. Mais je m'impose et on achète des vivres » (mari d'une bénéficiaire, Gradoumé, entretien avec le mari d'une bénéficiaire).

Ailleurs, la gestion des fonds a donné lieu à des conflits ouverts au sein de certains ménages :

« Dans un *tunga* (lit. « hameau de culture »), un ménage polygame a été retenu comme bénéficiaire. Pendant onze mois, la seconde épouse recevait l'argent qu'elle dépensait avec l'époux. Ne pouvant plus accepter ce qu'elle qualifie d'injustice, la première femme a décidé de porter plainte chez le chef de village de Changnassou en exigeant que, puisque l'argent appartient au ménage (lit. « na anfanin gida ne »), elle y a droit aussi. Le cas échéant, elle exigerait que sa photo soit mise sur le carnet... » (A.C., relais communautaire à Changnassou, le 17-12-11)

La référence à la photo comme arme de chantage provient du fait que, selon la pratique, dans les ménages polygames c'est toujours la photo de la première épouse qui est collée dans le carnet des bénéficiaires. Comme solution, le comité de sages a proposé une meilleure répartition de l'argent au sein du ménage.

Dans un ménage à Changnassou, comme représailles à son mari, une femme a décidé de s'auto-soustraire des bénéficiaires :

« Une femme a refusé de se présenter à la distribution parce que lorsqu'elle remet l'argent à son mari, elle ne reçoit rien en retour » (A.C., relais communautaire à Changnassou, le 17-12-11).

Si le mari peut se prévaloir du pouvoir, pour contrôler les fonds obtenus par son épouse, celle-ci détient un moyen de pression : ne pas se présenter aux séances de distribution et faire ainsi perdre au ménage l'accès aux fonds.

A Libattan Azna, une bénéficiaire a refusé de remettre l'argent reçu à son mari. Elle a été répudiée. Prise de colère, elle a carrément brûlé le carnet en guise de vengeance. Le mari s'étant remarié par la suite, la nouvelle épouse est bénéficiaire de la subvention.

L'entraide entre conjoints au sein des ménages bénéficiaires

Mais il y a parfois une entraide entre les époux au sein des ménages bénéficiaires. Lorsqu'elles perçoivent les 10.000 FCFA, certaines femmes remettent environ 10% (soit 1.000 FCFA) au mari pour ses dépenses personnelles. Cette catégorie de bénéficiaires fait partie des « femmes vertueuses », selon la conception de la tendance islamiste fondamentaliste "*isaliste*" du village de Gradoumé.

Même s'ils perçoivent un peu d'argent de leurs femmes bénéficiaires, les maris restent très prudents. Ils sont nombreux à dire qu'il ne faut pas compter sur les biens de leur épouse, sauf vraiment en cas de difficultés.

Dignité retrouvée dans le village par les femmes bénéficiaires

Les filets sociaux ont permis de donner un peu plus de dignité aux femmes bénéficiaires. Elles se considèrent désormais comme des « *hamshakiya* » (lit. riche) ou « *en bariki* » (lit. les citadins ou les évolués).

« On ne chasse plus nos enfants de l'école pour défaut de tenue ou de fournitures scolaires », (entretien avec Bishira Sale, village de Gradoumé, le 24 novembre 2011)

La perception des filets sociaux par les populations

Trois registres résument les perceptions des populations autour des filets sociaux dans les villages observés. Il y a le registre de l'appréciation positive et de la solidarité, mais également celui de la contestation et de la frustration. Le troisième registre est celui de la dépendance.

Le registre de l'appréciation et de la solidarité

Bien entendu, les bénéficiaires sont très contentes d'avoir des ressources mensuelles de 10.000 FCFA. Dans la concession, généralement occupée par plusieurs ménages, l'argent est redistribué entre les femmes pour entretenir les liens de solidarité et de bon voisinage. Cette redistribution tire son fondement de l'idée selon laquelle « c'est Dieu qui a donné et il faut distribuer entre les femmes ».

D'autres bénéficiaires préfèrent cibler les enfants des voisines ou des co-épouses pour lesquels elles font quelques dépenses (vêtements pour la fête, argent de poche pour la récré, etc.).

Le registre de l'appréciation positive est le dominant dans le discours des populations rencontrées, qu'il s'agisse des bénéficiaires ou de la majorité des non bénéficiaires.

« En donnant aux femmes on a fait le bon choix. C'est un avantage parce que les femmes gèrent mieux que les hommes, surtout les veuves », (entretien avec le maire de Déoulé, 1^{er} décembre 2011)

Tous s'accordent pour reconnaître l'apport des filets sociaux dans l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires.

Pour le mari d'une bénéficiaire à Libattan Guidan Rana :

« C'est normal de donner l'argent aux femmes parce que moi je suis un exodant. C'est en réalité ma femme qui tient la maison...je suis sûr que si on donne les 10.000 FCFA à l'homme, il va les utiliser comme frais de transport pour aller en exode ! » (O.A., 43 ans, 7 enfants, époux d'une bénéficiaire, le 11-12-2011).

Selon un tradi-praticien dont le ménage est bénéficiaire :

« C'est une bonne chose de donner l'argent à la femme parce que c'est elle qui est toujours à la maison » (El. G.T., 85 ans, Libattan Guidan Rana, entretien du 11-12-2011).

Dans les villages, nous n'avons pas entendu l'expression publique de sentiments de jalousie de la part de celles qui sont exclues de la distribution. Le discours dominant est plutôt celui de la solidarité structuré autour de l'expression :

« Je prie pour être bénéficiaire la prochaine fois ! C'est un choix de l'ordinateur, personne n'est responsable ! » (M.B., 70 ans, Libattan Guidan Rana, le 11-12-2011)

L'espoir de faire partie des bénéficiaires « la prochaine fois » est omniprésent dans les villages que nous avons observés. Les populations non bénéficiaires n'osent pas faire de critiques susceptibles, dans leur esprit, de compromettre cet espoir.

Le registre de la critique et de la frustration, « koma baya »

Le registre du *koma baya* (lit. « régression »), domine le discours des hommes répartis selon plusieurs statuts.

Il y a les anciens du village pour qui « l'homme étant le chef de son ménage, c'est à lui qu'il faut donner les 10.000 FCFA ». Ces derniers estiment que « puisque le recensement a été fait au nom du chef de ménage, c'est à ce dernier qu'il faut donner l'argent ». Ils mettent en lumière un décalage entre le statut du mari (chef de ménage) et celui de la bénéficiaire. Ils mobilisent, dans leur discours, l'idée que c'est à l'homme que revient la responsabilité de payer l'impôt et non à la femme. Il y a, selon une telle perception, une tendance à l'inversion des rôles dans le ménage :

« *da wanan tsari, maža sun koma baya* » (lit. cette organisation met les hommes en arrière) (entretien avec un groupe de personnes âgées, Gradoumé le 26 novembre 2011).

Les anciens ont du mal à percevoir la philosophie du projet, à savoir faire de la femme un acteur dans les dépenses du ménage. Les filets sociaux affectent les rapports de pouvoir au sein des ménages. Une tendance à la reconfiguration des rôles au sein des ménages bénéficiaires apparaît avec les filets sociaux.

Les autorités coutumières, dominées par les chefs de village et les leaders religieux ont un regard assez critique sur les filets sociaux. Les chefs de village ne cachent pas leur frustration d'avoir été contournés lors des enquêtes de ciblage des ménages vulnérables :

« Il y a des gens qui ont joué le jeu en donnant de fausses réponses. Beaucoup de gens se sont fait passer pour des vulnérables ! Dès que les gens voient un véhicule de projet, ils tiennent un discours alarmiste pour avoir de l'aide ! » (entretien avec le chef de village de Gradoumé, le 23 novembre 2011).

Le discours du chef de village est révélateur d'un sentiment de frustration pour ne pas avoir été impliqué dans le ciblage des bénéficiaires. Il révèle ainsi la déresponsabilisation du chef et le met ainsi, inversement, à l'abri de toutes critiques de la part de ses administrés :

« Quand les gens viennent me demander sur le choix des ménages, je leur dit que ce n'est pas nous qui avons choisi les ménages. Tout est venu de Niamey et c'est le travail de « *na'oura* » (l'ordinateur).

Pour le chef de village de Gradoumé:

« Dans le village, il y a 290 cartes de familles. Il y a au moins 100 qui n'ont pas été capables de payer l'impôt de deux années consécutives. Certains ont même carrément quitté le village. Pourtant ils n'ont pas été ciblés » (chef de village de Gradoumé, entretien du 23 novembre 2011).

Du côté des autorités communales, le discours est également à la frustration. Pour le maire, représentant le discours officiel des élus locaux,

« il faut élargir à beaucoup de personnes et à beaucoup de villages. Les gens m'interpellent sur le choix des bénéficiaires et je leur réponds que j'ai trouvé ça comme ça... Il y a des gens plus vulnérables que les vulnérables qui reçoivent... Pour bénéficier, il faut savoir mentir ! ».

Les leaders religieux fondent leurs arguments sur les principes de l'islam. Selon un marabout rencontré à Hiro,

« L'islam ne recommande pas de donner de l'argent à une femme [qui va sur la place publique] alors que son mari est présent. Mais comme nous sommes pauvres, nous ne pouvons rien ! », (entretien avec A.R., marabout et mari d'une bénéficiaire, Hiro le 2 décembre 2011)

On assiste à un conflit de normes, entre d'un côté les normes du projet (transparence, publicité des distributions) et de l'autre celle de la religion (non apparition des femmes sur la place publique, voire claustration).

La rhétorique communautaire : « c'est tout le village qui en bénéficie »

La rhétorique communautaire est récurrente dans le discours des autorités coutumières (les chefs de village). Elle est très souvent reprise par la population pour marquer l'adhésion au choix des ménages bénéficiaires. Espérant elles aussi être bénéficiaires un jour, certaines catégories de la population considèrent les filets sociaux comme un bien pour l'ensemble du village, *unfanin garin ne*. Cet argument se fonde sur l'idée que « même si vous n'êtes pas bénéficiaire, un proche à vous en bénéficie », *ko ma baka samu ba, wanin naka ya samu* (chef de village de Gradoumé). Un tel discours entretient la pression sur les bénéficiaires qui, acceptant l'idée que c'est « au nom du village » qu'elles ont eu l'aide, sont tenues de redistribuer dans leur entourage immédiat.

Quelques réalités cachées des « filets sociaux »

La coexistence de deux catégories de bénéficiaires des filets sociaux

Sur le terrain, nous avons pu identifier deux catégories de bénéficiaires des filets sociaux. Il y a d'un côté, les femmes issues de *ménages extrêmement vulnérables* (MEV). Pour celles-ci, les fonds reçus sont affectés à l'achat de vivres. Il est impossible pour ces ménages, d'envisager d'autres types de dépenses. Les filets sociaux contribuent pour une large part à la sécurité alimentaire des ménages. La

deuxième catégorie est constituée des femmes issues des *ménages moyennement vulnérables (MMV)*. Ces ménages se distinguent des premiers par les possibilités d'affecter une partie des fonds reçus à l'achat d'un petit ruminant (brebis ou chèvre). Les filets sociaux sont, pour ces ménages, des sources complémentaires de revenus. Parmi les femmes issues des MMV, on peut citer B.S. de Gradoumé qui, avant l'arrivée du projet, fait de l'embouche ovine et dont le mari exerce des activités extra-agricoles. Avec les filets sociaux, elle a réussi à acheter une chèvre.

Multiplicité de niveaux de ponction sur les filets sociaux : "la" bénéficiaire et un réseau de bénéficiaires

Chaque bénéficiaire des filets sociaux entretient un réseau plus ou moins large de bénéficiaires satellites qui se comptent parmi les membres de la même concession ou ont des affinités sociales avec la bénéficiaire (amie, parents, neveux, belles mères, belles-filles, etc.). De ce fait, il est difficile de savoir dans quelle mesure l'argent reçu sert à améliorer le niveau du revenu des ménages bénéficiaires. Du fait de la redistribution, les bénéficiaires s'en tirent parfois avec moins de 20% du montant réellement perçu. Il faudrait à cet égard des enquêtes plus précises pour évaluer la part de la redistribution

Les tontines et leur fonctionnement: contraintes et atouts

Être patiente

Du fait des tontines qu'elles organisent, les bénéficiaires n'utilisent pas directement l'intégralité des 10.000 FCFA reçus. Elles doivent différer la réception des fonds pour une période qui s'étend sur plusieurs mois.

De plus, les taux de participation sont parfois difficilement supportables par les membres des tontines. Presque dans tous les villages, nous avons observé des cas désistements. A Hiro, 81 femmes bénéficient des filets sociaux. 36 ont commencé la tontine à 5000 FCFA. A la fin du cycle rotatif, 20 femmes se sont retirées au motif que le taux de 5000 FCFA était au-dessus de leurs possibilités. 5 des femmes qui ont fait défection se sont retrouvées autour d'une « sous-tontine » avec 2000 FCFA comme taux mensuel de participation.

La participation aux tontines affecte *l'avoir réel* des ménages après chaque distribution. Cet *avoir réel* se situe entre 4.500 FCFA et 7.500 FCFA tous les mois. Celles qui versent 500 FCFA de *asusu* et 5000 FCFA de *adashé* se retrouvent avec 4.500 FCFA disponible. Celles qui participent aux tontines de 2000 FCFA peuvent dépenser 7500 FCFA par mois.

Les tontines telles qu'elles ont été mises en place autour des filets sociaux ne sont pas vraiment des espaces d'intégration économique des bénéficiaires. Deux raisons peuvent à ce sujet être soulignées. D'abord, il y a le fait que l'idée des tontines n'est pas un projet des bénéficiaires. Elles y ont été « entraînées » malgré elles. Dès lors, à la moindre difficulté, nombre de femmes n'ont pas hésité à se

retirer ou à se regrouper dans des tontines plus réduites, avec des taux plus supportables. Ensuite, il y a le contexte particulièrement difficile de nombreux ménages bénéficiaires. Du fait de leur situation de vulnérables, les tontines ne font pas partie de leurs priorités. Le plus important, pour ces derniers, c'est de faire face aux dépenses en alimentation.

Des rétributions diverses

Comme dans toute intervention extérieure, les populations destinataires en réinterprètent les règles et les intègrent dans leurs modes de vie. Assez souvent ces règles fonctionnent à l'ombre des règles officielles. Les tontines des filets sociaux n'échappent pas à cette logique.

A Gradoumé, chaque fois qu'une femme prend sa "mise", dont le montant varie d'une tontine à une autre, elle reverse 1.000 FCFA, à la « mère de la tontine », une femme relais qui joue un rôle de « secrétaire générale ».

Lorsqu'elles vivent dans des hameaux éloignés du village de rattachement, les femmes bénéficiaires sont informées par téléphone de la prochaine séance de distribution. Une fois qu'elles perçoivent leur argent, elles « donnent de la cola » pour le crédit d'appel.

L'insécurité des bénéficiaires vivant dans les hameaux de culture

Considéré *a priori* comme un atout, les filets sociaux peuvent dans certains ménages se révéler être des contraintes. C'est le cas des femmes bénéficiaires qui vivent dans des hameaux de culture situés à trois heures de route du village de rattachement (entre Wourin Douma et Hiro) :

« La veille de la distribution, nous appelons le chef de village de Wourin Douma pour que ce dernier informe les femmes bénéficiaires. Tôt le matin, ces dernières se rendent à Hiro... Parfois, elles quittent au petit matin juste après la prière de l'aube (à 5h30 mn)... » (entretien de groupe à Wourin Douma).

Lorsqu'elles perçoivent l'argent et reprennent la route, le plus souvent dans l'après-midi, les femmes s'exposent à des risques d'agressions par des individus mal intentionnés. Non accompagnées, les bénéficiaires de Wourin Douma traversent la brousse en toute insécurité :

« A la 9^{ème} distribution, nous avons été suivies par un homme. C'était en saison des pluies et il faisait nuit. Nous avons été obligées de courir pour avoir la vie sauve. Depuis ce jour, lorsqu'il fait nuit, les hommes du village viennent à notre rencontre » (entretien de groupe avec les femmes bénéficiaires de Wourin Douma, le 2 novembre 2011)

La « figuration »

Les groupements « filets sociaux » ont été suscités de l'extérieur ; ils n'émanent pas véritablement d'une volonté des membres. Certaines bénéficiaires sont membres de groupements filets sociaux sans en avoir une véritable connaissance des mécanismes de fonctionnement, ni même la taille. C'est le cas de la femme de

H, guérisseur à Hiro, qui ignore totalement le calendrier de rotation des fonds de la tontine.

Les tontines comme des "enclaves"

Les tontines associatives constituent d'un côté un véritable acquis puisque ces structures peuvent servir de base à la mise en œuvre de micro-investissement ou. En revanche, il est à déplorer que ces organisations restent limitées aux seuls bénéficiaires des filets sociaux, car les conditions d'adhésion sont difficiles à remplir par la majorité des femmes. En fixant à 2500 FCFA ou à 5000 FCFA par mois les cotisations, les membres des tontines limitent extrêmement l'accès aux autres membres du village. L'existence de membres en dehors des bénéficiaires des filets sociaux est rare. Un seul cas peut être mentionné. Il concerne une gérante de bornes fontaines du village de Hiro. Rétribuée à 12.000 FCFA par mois, cette dernière participe à la tontine des bénéficiaires à hauteur d'une cotisation de 5000 FCFA par mois. Les tontines des bénéficiaires apparaissent, de ce fait, comme une enclave dans l'environnement social villageois. Regroupant une certaine *élite villageoise*, ces tontines n'ont pas encore impulsé une dynamique plus large dans les villages observés.

Les rares projets envisagés par les femmes autour des filets sociaux concernent le petit élevage domestique (achat d'un petit ruminant). Les références à la réalisation d'un bien commun est absente du discours des populations rencontrées.

Tendance à une "vulnérabilisation" des ménages

Les ménages bénéficiaires sont maintenus dans la catégorie des vulnérables *gajiyayu* (pluriel de *gajiyaye*) toute la durée du projet (18 mois). Peut-on continuer à les classer dans la catégorie des vulnérables ?

De plus, on observe une tendance à la "valorisation" de la vulnérabilité. Les vulnérables ne sont plus l'objet de stigmatisation. Ils sont même enviés à cause de la rente à laquelle ils ont accès du fait de leur statut. Tous les habitants se déclarent donc vulnérables, y compris le chef de village que nous avons rencontré à G.

Il faut craindre les effets négatifs de cet auto-classement comme vulnérables. Ce qui pourrait constituer un biais important dans la planification de certaines activités d'aide aux populations rurales. Un des effets pervers de cette initiative, c'est qu'elle risque, comme la majorité des interventions en milieu rural, de favoriser le développement de la dépendance des populations vis-à-vis de l'aide.

Les filets sociaux comme source de confusion des « droits d'usage » au sein du ménage

Les femmes perçoivent l'argent « au nom du ménage » qu'elles sont censées soutenir. Cela explique, de façon implicite, la redistribution faite à l'intérieur du

ménage ou dans la concession. Mais en investissant dans l'achat de brebis, le droit d'usage de la subvention glisse vers une sorte d'appropriation à titre personnel. La brebis ou la chèvre achetée devient une propriété de la seule bénéficiaire femme du chef de ménage. Le problème se pose alors dans les ménages polygames où c'est la première femme qui reçoit l'argent et achète une petite chèvre, à titre personnel. Une seule épouse devient propriétaire exclusive d'une brebis achetée sur les fonds reçus des filets sociaux, et les co-épouses en sont exclues, dans un contexte économique où il n'existe pas un budget commun aux ménages polygames (chacune des femmes gèrent de façon autonome ses dépenses à elle)?

Il y a des risques que les « filets sociaux » dans les ménages polygames viennent élargir le champ des conflits entre co-épouses. L'existence de la polygamie est donc une réalité sociale qui a été négligée par le programme filets sociaux

La taille des ménages

Enfin, la taille des ménages est une autre réalité sociale qui a été négligée, et qui n'est pas prise en compte dans le choix des ménages. Certains ménages comptent plus d'une dizaine de membres, d'autres en comptent nettement moins ; certains ménages ont, par conséquent, des dépenses plus élevées que d'autres. De ce fait, les niveaux de besoins des ménages se situent à des niveaux très différents. Les filets sociaux ne tiennent pas compte de ces différenciations importantes entre les ménages vulnérables.

A Gradoumé la taille des ménages varie de 5 à 20, moyenne : 10

A Hiro la taille des ménages varie de 5 à 17, moyenne : environ 9

Libattan Guidan Rana : 7-20, moyenne : 10

Changnassou : 5-20, moyenne : 10

Les envois des migrants comme compléments aux « filets sociaux »

Les populations saluent l'initiative des filets sociaux, mais considèrent que ces ressources ne suffisent pas à satisfaire tous les besoins des ménages bénéficiaires. Des ressources extérieures viennent en complément des filets sociaux. Certaines femmes comptent également sur les envois des maris ou des enfants partis en migration. C'est le cas de X dont la belle-fille reçoit 10.000 FCFA tous les mois :

« Mon fils est parti au Nigeria. Chaque fois que sa femme reçoit les 10.000 FCFA, on l'appelle pour l'en informer. Il envoie le complément d'argent pour qu'on achète le sac de mil de 50 Kilogrammes. Déjà, en ce moment le sac se vend à 14.000 FCFA ou 15.000 FCFA», (entretien de groupe avec des femmes âgées du village de Gradoumé, 28 novembre 2011).

Les envois des migrants tels qu'ils fonctionnent dans les villages que nous avons visités constituent une ressource de sécurité vitale. Dans le contexte particulier de la crise alimentaire, les fonds reçus du programme filets sociaux sont insuffisants

pour permettent aux ménages de se procurer un sac de céréales. Les envois des migrants atténuent les effets de la crise, et les filets sociaux apparaissent comme un complément, pour ceux qui en bénéficient..

Conclusion

Le projet filets sociaux a relativement peu de liens avec la promotion des PFE, qui sont simplement conseillées par les agents aux bénéficiaires, et rien ne semble indiquer que ce soit prioritairement des achats nécessaires aux PFE qui soient effectués (savon, eau potable, fabrication de latrine, etc..).

Les sommes mensuelles distribuées sont évidemment bienvenues pour les femmes qui en bénéficient. L'utilisation la plus productive qui en est faite consiste en l'achat de petits ruminants par les femmes qui ont adhéré à une tontine (procédure très recommandée par les agents du projet). Mais, sinon, ces 10.000 FCFA passent dans les dépenses habituelles des ménages (dont l'achat de vivres).

Une partie est aussi redistribuée immédiatement pour entretenir le bon voisinage.

Le principal atout des filets sociaux est qu'il permet d'améliorer le revenu des ménages vulnérables, et d'accéder à des crédits des boutiquiers. Ils donnent aussi une satisfaction morale et psychologique aux femmes des ménages vulnérables. Ces dernières « retrouvent la face » et la voix. Les filets sociaux permettent aux bénéficiaires de faire face à des menues dépenses dans les ménages

La sélection des ménages et des femmes ciblées a été faite par des méthodes très contestables, et en tenant à l'écart les autorités locales (chefs de village ou de quartier, maires). Les bénéficiaires ne sont pas nécessairement ceux qui en auraient le plus besoin.

Enfin les réalités sociologiques locales sont ignorées ou bousculées par cette initiative, qui contourne les hommes chefs de ménage (mais ceux-ci récupèrent parfois les fonds), méconnaît la réalité des budgets familiaux, ignore la polygamie (et donc peut attiser les conflits), et ne tient pas compte des grandes différences de taille d'un ménage à l'autre.

Ce rapport est issu de la recherche sur la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE), financée par l'UNICEF

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin), dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement. Le LASDEL recourt à des méthodes qualitatives fondées sur les enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.

La collection « Etudes et Travaux du LASDEL » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne (www.lasdel.net) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- n°100 *Le Lasdel. Construire un pôle africain de sciences sociales*, par J.P. Olivier de Sardan et M/Tidjani Alou (2012)
- n°101 *La prise en charge de l'accouchement dans trois communes au Niger. Say, Balleyara et Guidan Roumji*, par Aissa Diarra (2012)
- n°102 *Gouvernance locale la délivrance de quatre biens publics dans trois communes nigériennes (2)*, par J.P. Olivier de Sardan (2012)
- n°103 *« Saï Kaayi ! » ou comment se faire élire au Niger. Analyse des stratégies électorales d'un candidat aux législatives 2009*, par Oumarou Makama Bawa (2012)

LASDEL

LABORATOIRE D'ÉTUDES ET RECHERCHES
SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL

BP 12 901, NIAMEY, NIGER – TÉL. (227) 20 72 37 80
BP 1 383, PARAKOU, BÉNIN – TÉL. (229) 23 10 10 50

WWW.LASDEL.NET