

HAMANI OUMAROU

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE
EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

CROYANCES, PRATIQUES ET UTILISATION DES
SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS TROIS
VILLAGES DE LA COMMUNE RURALE DE TÉBARAM
(TAHOUA)

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

SOMMAIRE

Introduction	5
Rappel du contexte de l'étude	5
Le processus de la recherche	7
Le plan	10
I. PRESENTATION DES VILLAGES D'ENQUETE	13
Le village de Tébaram	13
Le village de Maïssoungoumi	13
Le village d'Intakana	15
II. L'UTILISATION DES STRUCTURES DE SANTE PAR LES FEMMES	18
L'existence d'un réseau d'acteurs communautaires	18
Les matrones	18
Les mamans lumières	19
L'école des maris	20
Les distributeurs communautaires de contraceptifs	22
Les amendes	22
Les facteurs de motivation	23
Les motivateurs structurels	23
Les motivateurs matériels	23
Motivateurs sociaux	24
L'implication de la chefferie	24
III. LES RESISTANCES A L'UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES	26
IV. LES FEMMES ET LA CONTRACEPTION	29
Les pratiques contraceptives traditionnelles	29
La contraception moderne	32
La contraception moderne comme pratique	32
Les discours sur la contraception moderne	34

L'interprétation religieuse locale de la contraception	36
V. LA GESTION DE LA GROSSESSE	39
Quelques croyances associées à la grossesse	39
L'alimentation de la femme enceinte	40
Une alimentation faiblement diversifiée	40
Les interdits alimentaires chez la femme enceinte	41
VI. LES SOINS AU NOUVEAU_NE	43
VII. LE MARIAGE PRECOCE	45
VIII. LA MIGRATION ET LES INSTANCES DE DECISIONS INTRA-MENAGES	49
Décisions relatives à la fréquentation des centres de santé	49
Les relations beaux-parents et belles filles autour de l'utilisation des structures de soins	49
IX. CONCLUSION	51

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN. CROYANCES, PRATIQUES ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS TROIS VILLAGES DE LA COMMUNE RURALE DE TÉBARAM (TAHOUA)

Oumarou Hamani

Introduction

Dans le cadre de ses interventions en matière de promotion de la santé dans le département de Tahoua, l'ONG Concern tente de comprendre les déterminants sociaux de l'utilisation des structures de soins en matière de contraception et d'accouchement. Le présent rapport, issu de deux mois de recherche, a mis à la disposition de Concern des analyses tirées de données empiriques pour mieux appréhender les pratiques et représentations des communautés rurales en matière de santé maternelle et reproductive

Rappel du contexte de l'étude

La santé maternelle et reproductive est une réelle préoccupation des politiques publiques de santé. Le système de santé du Niger a fait l'objet d'importantes réformes qui ont marqué le champ de la santé maternelle, comme le témoignent les récentes vagues de politiques de gratuité prenant pour cibles les femmes enceintes. Les mesures de gratuité qui ont concerné

les césariennes, les consultations prénatales et les accouchements¹ ont considérablement marqué l'offre de santé maternelle au Niger où les difficultés d'accès aux services de santé sont connues. En outre, l'existence de nombreux programmes en faveur des mères témoignent aussi de l'importance accordée à la santé maternelle par l'Etat nigérien. Certains de ces programmes sont récents² tandis que d'autres plus anciens ont été revus³ en fonction des orientations des politiques publiques de santé du pays. De nombreuses organisations internationales non gouvernementales, particulièrement les institutions onusiennes et humanitaires, interviennent dans la mise en œuvre du plan de développement sanitaire préconisé par les autorités sanitaires⁴.

En dépit de quelques progrès constatés, il faut souligner que les efforts consentis par les acteurs étatiques et leurs partenaires ont peu changé les indicateurs qui restent en général à des niveaux critiques. Selon les estimations provenant des résultats de la dernière enquête démographique et de santé réalisée au Niger, le taux de mortalité maternelle est de 535‰ et le taux de décès pour causes maternelles est estimé à 39% de tous les décès de femmes dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans (EDSN-MICSIV 2012)⁵. Parmi les facteurs qui expliquent ces chiffres, certains relèvent de l'utilisation des services maternels qui affiche des niveaux assez faibles : durant la période 2006 à 2012, seulement 33% des femmes enceintes ont fait les quatre visites prénatales recommandées par l'Organisation mondiale de la santé, 70% des accouchements se déroulent à domicile et les nouvelles accouchées qui ont reçu des soins post-natals ne représentent que 37%.

Par rapport aux résultats des enquêtes précédentes, on constate une amélioration régulière de la proportion de femmes ayant effectué un suivi prénatal. En effet, entre l'EDSN-I de 1992, l'EDSN-II de 1998 et l'EDSN-MICS III de 2006, la proportion de femmes ayant effectué au moins une visite prénatale auprès de personnel formé est passée de 30 % à 40 % pour atteindre 46 %. Les données issues du rapport préliminaire de l'EDSN-IV

¹ La gratuité de l'accouchement mise en œuvre après les premières mesures d'exemption par le Fond des Nations Unies pour la population (UNFPA) ne concerne que quatre régions à titre expérimental et cela depuis 2011. Des expériences pilotes de gratuité de l'accouchement plus anciennes avaient été mises en œuvre par des ONG

² On peut donner comme exemple le dispositif de prévention de la transmission du virus du VIH/Sida de la mère à l'enfant (PTME)

³ Par exemple les consultations prénatales recentrées (CPNR)

⁴ Voir PDS 2011-2015

⁵ En Europe les taux les plus bas sont de l'ordre de 2‰ et ne dépassent pas 200‰ (source CIA World Facebook).

de 2012 révèlent que les taux d'accouchement assistés par un personnel qualifié ont connu une évolution (29%).

Certaines populations recourent à des pratiques populaires de contraception sans oublier une forte référence à des formes traditionnelles de « protections mystiques », considérées comme plus confidentielles par rapport aux méthodes modernes entourées de préjugés et de contraintes.

Les réflexions sur l'utilisation des structures de soin ne sauraient occulter l'environnement social et politique des femmes enceintes. Dans cette perspective, l'émigration des hommes constitue une véritable clé de lecture du comportement des femmes en matière d'utilisation des formations sanitaires. Restées au village, les femmes assurent la gestion de leur sexualité sous l'influence d'une autorité portée par les parents du mari absent. Qu'il s'agisse des beaux parents ou qu'il s'agisse des frères aînés du mari absent, ces derniers exercent un contrôle social sur le comportement de la femme. En quoi cette forme de contrôle agit-elle négativement ou positivement sur le recours des femmes aux méthodes contraceptives ?

Le processus de la recherche

La recherche a été de courte durée (au total 2 mois incluant les phases de terrain et de rédaction). Pourtant, l'équipe de recherche a pu collecter un corpus important de données qualitatives qui permettent une mise en perspective des pratiques et croyances associées à la contraception et à la santé infantile avec les réalités socio-culturelles des communautés rurales. Il est à noter que les populations enquêtées ont fait preuve d'ouverture et de disponibilité en accordant du temps pour les entretiens. Les entretiens ont été réalisés au domicile des personnes enquêtées, en garantissant l'anonymat des informations recueillies. Pour les agents de santé, les entretiens ont été réalisés sur leur lieu de travail.

Les objectifs de la recherche

L'objectif visé à travers cette étude est de déterminer « les croyances et pratiques associées à la santé maternelle et reproductive et l'utilisation des services de santé reproductive (précisément la CPN et CPoN, l'accouchement assisté au niveau des CSI, et le planning familial/espacement des naissances) ».

Cet objectif s'inscrit dans la problématique générale de la santé de la reproduction dont la recherche s'attache à décrire et à analyser les pratiques et les normes qui la régulent, les logiques d'action, les influences des

différents types d'acteurs sur les pratiques et les barrières et facteurs facilitant l'utilisation des services de santé maternelle et reproductive.

L'identification des villages-sites d'enquête

Nous avons retenu l'aire de santé des CSI comme référence. Dans chacune des deux communes, les enquêtes ont été menées au niveau du village abritant le CSI, au niveau d'un village avec case de santé et au niveau d'un village sans case de santé. Pour le choix des villages dépourvus de formation sanitaire, nous avons privilégié la présence des *mamans-lumières*, relais communautaires formées en matière de planification familiale et censées jouer un rôle de mobilisation des femmes autour de l'utilisation des formations sanitaires.

Pour des besoins de comparatisme, trois villages ont servi comme terrains d'enquête ethnographiques. Il s'agit du chef-lieu de la commune de Tébaram qui dispose d'un centre de santé intégré (CSI) de type 1 (sans maternité), du village de Maissoungoumi (38 km de Tébaram) doté d'une case de santé, et d'Intakana (54 km de Tébaram) qui ne dispose pas de formation sanitaire. La question principale était : en quoi la présence ou non d'une formation sanitaire constitue-t-elle un facteur déterminant dans l'amélioration de la santé maternelle et reproductive et construit-elle des représentations sociales favorables à la l'accouchement assisté ?

Une approche participative

La démarche a été participative tout au long de la mise en œuvre de la recherche. L'équipe du LASDEL a privilégié les échanges avec les responsables de Concern. En effet, le protocole de recherche initialement élaboré par le LASDEL a été soumis à l'appréciation critique des responsables de Concern. Ensuite, des séances de travail ont été organisées entre les deux parties afin qu'elles s'accordent sur les outils, le canevas de collecte des données, et la pertinence du choix des villages-sites d'enquête.

A l'issue de la première phase d'enquête de terrain, une présentation des résultats préliminaires a été faite à la responsable de Concern. Ces résultats ont fait l'objet de critiques constructives, puis de nouvelles pistes de recherche ont été suggérées d'un commun accord entre les deux parties. Ces nouveaux axes ont fait l'objet d'enquête au cours de la seconde phase de terrain.

A l'interne, les chercheurs du Lasdel responsables des sites d'enquête ont également échangé sur les résultats obtenus et proposé des pistes de recherche émergentes.

La collecte des données de terrain

La collecte des données s'est faite selon une approche qualitative qui combine comme techniques les entretiens semi-directifs et des récits de vie. Les entretiens ont été conduits sur la base d'un canevas élaboré de façon conjointe avec les responsables de Concern et les assistants de recherche afin que les différentes parties prenantes aient une même vision de la problématique et des résultats attendus. Des entretiens semi-directifs individuels et collectifs ont été conduits sur la base des indicateurs de collecte suivants :

- L'utilisation des formations sanitaires (décisions, moment du recours aux centres de soins)
- Les soins pendant la grossesse
- L'alimentation de la femme enceinte
- Les perceptions autour de la grossesse (le fait de cacher la grossesse, les images associées à la grossesse)
- Les types de soins préventifs (médicaux/traditionnels)
- La planification familiale ("traditionnelle", moderne (quel type ?), perceptions autour de la planification)
- Utilisation/redistribution des pilules contraceptives
- Les pratiques communautaires par rapport à l'accouchement
- Les soins au nouveau-né et les perceptions autour des soins du nouveau-né
- La reconnaissance des signes de danger vis-à-vis des nouveau-nés
- Les rapports entre matrones et mamans-lumières
- L'avis du mari (déterminant l'utilisation de méthodes contraceptives)
- Les perceptions autour de la planification familiale
- Les 40 jours (après l'accouchement)
- Les influences et les niveaux d'influence
- Les rapports entre belles-mères et belles-filles (dynamiques, statiques)

Des unités d'enquête (*groupes stratégiques*) ont été préalablement identifiées. C'est auprès de ces groupes que les entretiens ont été réalisés. Il s'agit de :

- Les femmes et les maris

- Les beaux-parents
- Les ménages de migrants
- Les détenteurs du pouvoir magico-religieux (imams, zima)
- Les agents de santé
- Les matrones
- Les assistants communautaires (*mamans-lumière*)
- Les élus locaux
- Les groupements féminins
- Les filles précocement mariées
- Les vendeurs de produits pharmaceutiques

La première phase d'enquête s'est déroulée du 29 mars au 1^{er} avril 2015. Au cours de cette phase les villages de Tébaram et de Maïssoungumi ont fait l'objet d'enquêtes intensives. Une quarantaine d'entretiens ont été réalisés. La seconde phase de collecte des données s'est déroulée du 29 mai au 04 juin 2015. Elle a concerné en priorité le village d'Intakana. Puis des entretiens complémentaires ont été conduits dans les villages initialement touchés par la première phase d'enquête. Ainsi, dans l'ensemble, plus de soixante-dix entretiens ont été réalisés sur les deux phases d'enquêtes de terrain.

L'équipe de recherche

La recherche a été conduite par une équipe composée d'un chercheur et de quatre assistants de recherche habitués aux enquêtes qualitatives et familiers avec la problématique générale de la recherche. Je tiens à adresser mes remerciements à ces jeunes étudiants de master en sociologie de l'Université Abdou Moumouni de Niamey.

Le plan

Huit principaux points ont été développés. Dans un premier temps, il nous a semblé utile de décrire le contexte de l'enquête, en mettant l'accent sur les acquis existant en matière sanitaire, ainsi que les résultats des interventions. Dans un second temps, les analyses ont porté sur l'utilisation des structures de soins par les femmes d'une part et d'autre part sur les résistances à l'utilisation de ces formations sanitaires. Puis, ont été successivement abordés les points relatifs à la contraception, à la gestion de la grossesse, aux soins aux nouveau-nés. Enfin, nos recherches ont intégré des réflexions autour du mariage précoce et des migrations (et leurs liens avec les décisions intra-ménages).

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

I. PRÉSENTATION DES VILLAGES D'ENQUÊTE

Le village de Tébaram

Le major du CSI a pris fonction le 26/02/15. Le CSI de Tébaram est de type 1 et couvre 32 villages avec une population estimée à 25.300 habitants et compte 6 sites forains. La délivrance de soins est assurée par quatre agents dont un infirmier diplômé d'Etat (IDE). La fréquentation du CSI par les femmes est jugée « appréciable » par le chef-CSI qui a pris fonction le 26 février 2015, c'est-à-dire une semaine avant notre passage. Ayant nouvellement pris fonction, il lui était impossible de nous fournir certaines informations relatives au fonctionnement du CSI. Par exemple, nous n'avons pas pu disposer du taux de fréquentation du CSI, ni du taux de couverture sanitaire.

Des auxiliaires communautaires assistent le CSI dans la sensibilisation de la population. Ces auxiliaires sont les « mamans lumières », « l'école des maris », les matrones et les agents de santé communautaire.

La fréquentation du CSI peut s'expliquer aussi par la distribution des moustiquaires imprégnées à la troisième CPN ou à l'accouchement, et la délivrance d'un carnet de soins, etc. Selon le major les multipares fréquentent plus le CSI que les primipares.

Le village de Maïssoungoumi

Le village tire son nom d'un baobab courbé en forme de houe (*kouka mai soungoumi*). Frontalier au sud du département de Bagaroua et à l'ouest de celui de Filingué, Maïssoungoumi est doté d'une case de santé depuis 2008 animée par un agent de sexe masculin. Il est assisté, dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle des malnutris, de deux *volontaires communautaires* qui perçoivent une prime mensuelle de 3000 FCFA payés au niveau de la case de santé. La prise en charge nutritionnelle se fait les mardis. Les activités exécutées au niveau de la case de santé de Maïssoungoumi sont la prise en charge des cas simples, la CPN, l'accouchement assisté, la planification familiale, la consultation des nourrissons, la vaccination foraine, la sensibilisation. Pour l'année 2014, le tableau statistique de la case de santé fait ressortir 58 cas d'accouchements assistés.

A Maïssoungoumi, certains expliquent le recours des femmes aux tradi-praticiens par l'absence d'agents de santé de sexe féminin. L'unique agent s'occupe de plus de 300 ménages. Celui-ci est appuyé dans ses tâches par 6 matrones et 17 *mamans lumières* (ML) choisies en assemblée villageoise avec le consentement de toute la population et surtout l'aval des maris. Pour être éligibles en tant que ML, les femmes doivent faire preuve de certains critères : la patience, la discrétion et le sens de la responsabilité. Les ML sont réparties de sorte que chacune s'occupe d'un groupe de 15 femmes du village. Leur principale tâche est de sensibiliser les femmes sur l'hygiène et l'assainissement et sur l'importance de l'espacement des naissances, sur les CPN et l'accouchement assisté par un agent de santé. Le travail des ML est « supervisé » par le responsable de la case de santé. Tous les lundis, en effet, une rencontre a lieu au niveau de la case de santé pour faire le bilan des activités des ML. Comme à Tébaram, les tâches de sensibilisation sont ponctuées d'amendes lorsque les femmes accouchent à domicile.

Les ML ont démarré leurs activités six mois avant nos enquêtes, à l'issue d'une formation sur l'hygiène et l'assainissement, la CPN et les avantages de l'accouchement assisté.

« *L'école des maris* » a été mise en place mais elle n'a pas encore commencé ses activités. 24 hommes, dont l'âge varie entre 20 et 50 ans, animeront « l'école des maris » Pour être auxiliaire communautaire au niveau de l'école des maris, des critères précis ont été définis. Il faut être marié, alphabétisé, faire preuve de patience (*mai hankuri*), être disponible ou migrant de courte durée et être consentant.

Contrairement à Tébaram, on constate une forte survivance de pratiques traditionnelles associées à la quête de soins dans le village de Maïssoungoumi. Il y a, dans ce village, des représentations populaires qui incitent au syncrétisme médical. Selon un imam de la mosquée de vendredi dans le village de Maïssoungoumi :

« Il n'y a aucun mal à ce que les femmes pratiquent les deux médecines parce que l'objectif visé, c'est la santé. Les hommes autorisent leurs femmes à aller à la case de santé, mais aussi à aller consulter les guérisseurs » (A.M., Maïssoungoumi)

Maïssoungoumi est un village de forte émigration. La ruée vers l'or du Djado a accru les départs en migration. Au moment de notre passage Maïssoungoumi donnait l'allure d'un village abandonné. La présence de vie humaine était rappelée par la présence de personnes âgées assises par petits groupes sous des arbres ou des hangars, ou par les bruits d'enfants s'adonnant à des jeux sous les arbres à l'intérieur des concessions. Après 14

heures, nombre de femmes revenaient, avec des charges de fruits sauvages, le *anza* [*boscia senegalensis*] cueillis dans les brousses environnantes. Dans les concessions, on pouvait également remarquer des tas de ces fruits séchés (*dian anza*) attendant d'être traités et consommés, signes des difficultés alimentaires auxquels le village fait face. Les espoirs suscités par les départs des hommes valides à la recherche de l'or, dans la région d'Agadez (*Djado*), se sont transformés en désillusions pour beaucoup de ménages. Les stocks de ressources alimentaires avaient été décapitalisés pour financer les voyages vers le *Djado*. Les retours rares au village n'ont pas répondu aux attentes, si bien que des familles ont dû encore une fois décapitaliser pour rembourser les dettes contractées par les jeunes pour retourner à la maison. Les propos d'une femme-chef de ménage, déçue de l'aventure de son fils vers le site aurifère du *Djado*, témoignent :

« Le *Djado* nous a appauvris ! »

On entend des parents se plaindre dans des termes qui révèlent leur grande déception :

« Il n'y a que la souffrance...aujourd'hui les parents ne souhaitent que le retour de leurs enfants partis dans le *Djado* ! » (un notable du village de Maïssoungoumi)

La migration vers le site aurifère du *Djado* s'inscrit dans une tradition migratoire orientée vers le Burkina Faso, la Libye, le Bénin, le Nigeria et la Côte d'Ivoire.

Le village d'Intakana

Le village d'Intakana se situe à l'extrémité nord-ouest de la commune rurale de Tebaram. Il fait frontière avec la commune de Filingué à l'ouest avec le village d'Eza (à 10 km) et au sud avec Bilingué (21km). A l'est, le village voisin à Intakana est Inelou (25 km). Au nord, le village est délimité par la frontière nigéro-malienne. C'est un village créé il y a environ 80 ans dont le premier chef était le père du chef de village actuel, à savoir Assoumana Guidi. Ce village a pris le nom des puits qui est aussi le nom d'une herbe *intakana* (*karangiya*) trouvés par les premiers habitants. C'était un village favorable à l'élevage en ce temps. Intakana compte quatre quartiers qui ont les noms des populations qui le composent. Il s'agit des *Adarawa* (Touaregs de Tahoua), des *Konnawa* (Gobirawa venu de Konni), des *Kourfayawa* (venus de Filingué) et des *Arawa* (Hausa venu de Douchi). Ils parlent tous le hausa, et la population totale du village est estimée à 188 familles. Cette population a comme activités principales l'agriculture,

l'élevage sédentaire et la migration saisonnière. Les pays d'accueil pour les migrants sont le Nigéria, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et le Cameroun.

L'école primaire du village construite en banco constitue la seule représentation de l'Etat. Le village ne dispose pas de centre de santé. Les centres de santé les plus proches fréquentés par les femmes sont ceux des villages voisins cités plus haut. Le village est alimenté en eau par un seul puits, et quand les éleveurs viennent c'est un problème d'accès à l'eau. Parfois il faut attendre la nuit pour avoir de l'eau. Enfin, une banque céréalière a été construite par Care International dans le village, témoignant de l'insécurité alimentaire qui y est présente.

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

II. L'UTILISATION DES STRUCTURES DE SANTÉ PAR LES FEMMES

« Le suivi de la grossesse évite des complications à l'accouchement et évite aux maris de faire des dépenses », (matrone, Tébaram)

Selon les propos recueillis auprès des différents groupes stratégiques cibles, la fréquentation des formations sanitaires dans les villages de Tébaram et de Maïssoungoumi est acceptable bien qu'il y ait encore quelques signes de résistance. Cette fréquentation des services de santé s'explique par la présence de d'acteurs communautaires tels que les matrones, les agents de santé communautaires, l'école des maris et surtout les mamans lumières. Ces dernières ont apporté un grand changement sur le plan de l'utilisation sanitaire.

L'existence d'un réseau d'acteurs communautaires

Les matrones

« Lorsque la femme est en travail (*nakuda*), on nous fait appel pour veiller sur la femme enceinte jusqu'à l'accouchement. Après, on prend soin de l'enfant et on demande immédiatement à la mère de lui donner le sein ; nous avons été sensibilisées à travers la radio communautaire du village selon laquelle le premier lait, *dakashi* en hausa, est bénéfique pour l'enfant »

Cet extrait d'entretien résume l'étendue des responsabilités des matrones. Plus vieille institution parmi les acteurs communautaires, les matrones ont précédé l'arrivée des interventions extérieures. On les appelle *ngozoma*. Elles ont toujours eu pour tâches d'assister les femmes en travail, *nakuda*. Les responsabilités des *ngozoma* se sont étendues avec la mise en place des formations sanitaires. Désormais, elles font partie du personnel d'appui des CSI. Au CSI de Tébaram, les *ngozoma* nettoient la salle d'accouchement. En amont, elles sensibilisent les femmes sur l'importance des consultations prénatales, de la planification familiale, de l'accouchement assisté par un agent de santé, des consultations nourrissons sains. Elles abordent, avec les femmes, les questions d'hygiène et assainissement, et de l'allaitement exclusif.

Les matrones sont choisies en assemblée chez le chef de village, parmi les femmes relativement âgées, faisant preuve d'une grande discrétion et d'une

disponibilité irréprochable. Elles jouissent d'un statut social respectable dans le village.

En plus de l'assistance qu'elles apportent aux parturientes, les matrones s'impliquent dans la sensibilisation des femmes sur l'utilisation des formations sanitaires. Insérées dans les réseaux sociaux du village, les matrones "détectent", à travers le porte à porte, les femmes enceintes qu'elles incitent à aller en consultation :

« Nous passons porte à porte en demandant aux femmes par rapport à leur état de santé si elles sont enceintes, ou pas » (matrones, Tébaram)

Les matrones ne sont pas rétribuées par la formation sanitaire. Par contre, elles perçoivent une modique somme de 1000 FCFA des parturientes après chaque accouchement.

Ce travail routinier des matrones s'est renforcé avec l'avènement des *mamans-lumières* (*madubi gari*).

Les mamans lumières

La présence des matrones et des mamans-lumières dans le village et au niveau des formations sanitaires peut être considérée à la fois comme un motivateur et un dispositif de veille pour l'utilisation des formations sanitaires par les femmes. Du fait de la proximité sociale avec les acteurs communautaires, les femmes ont une relative confiance et n'hésitent pas à se rendre au CSI ou à la case de santé pour les consultations. En tant que *dispositif de veille*, les acteurs communautaires sont capables de repérer ou d'identifier parmi les femmes celles qui ne sont pas promptes à utiliser les formations sanitaires.

Les *mamans lumières* ont été choisies suite à un recensement exhaustif des femmes dans chacun des quartiers des villages concernés, parmi les femmes ayant des enfants de 0-6 mois, de 0-5ans et les femmes enceintes. A Tébaram, toutes ces femmes ont été réparties en groupes de 15 et chaque groupe a procédé à la désignation d'une *maman lumière* en son sein. Le processus de désignation des mamans lumières est participatif et confère, dans chaque village, une responsabilité aux différents quartiers. Emanant du choix des femmes, les *mamans lumières* vont jouir d'une légitimité sociale incontestable. Leur désignation est appropriée par les populations, d'abord les femmes, ensuite les maris qui ont donné leur accord. De fait, une *maman lumière* doit être un modèle (donner de bons exemples en utilisant les formations sanitaires, en utilisant les produits contraceptifs, etc.), être ouverte au changement.

Alors que les matrones sont présentes au niveau des centres de santé, les mamans lumières sont plus actives dans les séances de sensibilisations organisées dans les villages toutes les deux semaines.

Les mamans lumières jouissent, dans les villages, d'une forte légitimité sociale parce qu'elles ont été élues par leurs paires. Leurs activités se déploient dans divers espaces de participation communautaire. Les sensibilisations se font au cours des assemblées qu'organisent les mamans lumières. Il y a d'abord l'assemblée villageoise qui est mensuelle. Elle regroupe sur la place publique du village tous les habitants sans distinction de sexe. Ensuite, l'assemblée mensuelle regroupe les mamans lumières entre elles. Et enfin, chaque maman lumière organise une réunion avec le groupe de femmes dont elle est issue. Il faut aussi noter que les mamans lumières font des visites à domicile pour sensibiliser les populations sur les thèmes comme l'assainissement, l'hygiène, la contraception, la fréquentation des centres de santé.

De fait, les villages semblent découpés par l'activité des auxiliaires communautaires suivant des espaces d'intervention bien délimités : les matrones au niveau des centres de santé, les *mamans lumières* au niveau des quartiers du village, *l'école des maris* au niveau des *fadas* des hommes.

L'école des maris

L'école des maris est une institution récente dans la configuration des agents communautaires de Concern. A Tébaram, elle a été mise en place en janvier 2015 et compte 11 membres, tous des hommes. Selon le programme théorique établi, *l'école des maris* se réunit deux fois par mois (le 1^{er} et le 30 du mois). En pratique, les auxiliaires communautaires de *l'école des maris* ne sont pas enfermés dans un calendrier ou un programme. Les activités, menées au niveau des quartiers, sont faites en fonction de leur disponibilité. Leur tâche consiste à sensibiliser les hommes sur la santé maternelle et infantile, l'hygiène et assainissement. Au cours des séances de sensibilisation, au niveau des *fadas* ou des places publiques (par exemple, à côté d'un puits) les animateurs évoquent les problèmes éventuels auxquels le CSI est confronté. Les animateurs communautaires - « *auxiliaires communautaires* », pour coller à la terminologie consacrée - sont des bénévoles. *L'école des maris* est perçue, par les animateurs communautaires, comme un espoir de changement de comportement chez les maris.

Par ailleurs, soulignons que les vieilles femmes ne sont pas associées à ces activités de sensibilisation. Ainsi, elles se voient marginalisées par cette

initiative. Or elles constituent, selon elles, les dépositaires des connaissances traditionnelles.

Le village d'Intakana n'a pas de centre de santé propre. Néanmoins, les femmes fréquentent les centres voisins notamment celui d'Illélou et celui d'Eza situé dans le département de Filingué. Elles vont dans ces deux centres de santé pour des raisons de CPN et CPON, et à Eza, pour certaines, pour les accouchements. C'est avec une charrette offerte il y a deux mois par Concern qu'elles vont à Illélou ou à Eza. En dépit de l'existence de la charrette asine, les femmes préfèrent faire le déplacement à pied. Avec la charrette, il faut plus de 3 heures de route. Mais la plupart d'entre elles accouchent à domicile à cause de la distance qui sépare le village du centre de santé le plus proche (10 km).

« C'est quelle femme en travail qui va partir dans une case de santé qui n'est même pas proche ?! » (chef du village).

Un mari, principale instance des décisions dans le ménage, explique les raisons pour lesquelles il évite la charrette :

« Parfois, il faut deux heures de temps pour se rendre à Eza avec la charrette. C'est pourquoi tous mes enfants sont nés à la maison. C'est seulement en cas de complication qu'on amène les femmes au centre de santé. C'est mieux pour une femme d'accoucher au centre de santé, mais c'est difficile pour nous d'y aller à cause de la distance » (un mari, Intakan)

Pour les populations d'Intakan, la charrette devient une option nouvelle dans la gamme de choix des moyens de transport pour se rendre dans une formation sanitaire. Cette offre semble avoir reçu une adhésion partielle des communautés. On préfère la charrette pour les cas d'évacuation (cas compliqués) plutôt que pour les cas d'accouchement.

S'il arrive qu'une voiture de transport en commun passe, les populations l'empruntent en payant 250 FCFA à 500 FCFA pour Eza et 1000 FCFA ou plus pour Illélou. En cas de complication, pour une maladie c'est à Tébaram qu'elles vont. Mais pour les cas de complication d'accouchement, on fait venir l'agent de santé d'Eza. De fait, les habitants sont prêts à prendre en charge les coûts indirects liés au transport vers les centres de santé les plus proches. On remarque, dans leurs comportements, un réel engagement pour l'utilisation des centres de santé, et ce en dépit des dépenses que cela est susceptible d'engendrer. Cet engagement pourrait être soutenu par la création d'un centre de santé dans le village, qui pourrait accroître le niveau de fréquentation des formations sanitaires par les populations.

Les distributeurs communautaires de contraceptifs

On les retrouve à Intakana, village dépourvu de structure sanitaire. Les distributeurs communautaires de contraceptifs se ravitaillent mensuellement au niveau du CSI de Tébaram en produits contraceptifs. A Intakana, c'est auprès de ceux-ci que les femmes viennent s'approvisionner. La mise en place des distributeurs de contraceptifs vise essentiellement à réduire la distance géographique entre le village et le CSI et à rapprocher les femmes des produits contraceptifs.

Les amendes

Pour inciter les femmes à accoucher dans les formations sanitaires, des amendes ont été instituées. Les accouchements à domicile sont amendés à 5000 FCFA ou 7000 FCFA (5000 FCFA pour le CSI et 2000 FCFA pour les matrones). Mais vu qu'il revient toujours aux maris de payer les amendes imposées aux femmes qui accouchent à domicile, nombre de maris s'investissent pour que leurs épouses accouchent dans une formation sanitaire.

« Il y a des maris qui mettent 2 à 3 jours pour rassembler les 5000 FCFA. L'amende est un vrai problème pour les maris qui doivent se débrouiller pour payer » (matrone au CSI de Tébaram).

Les matrones, comme la plupart des femmes rencontrées, ignorent comment l'amende a été instituée au niveau des formations sanitaires et l'utilisation qui en est faite. Les modalités d'application de l'amende découragent parfois le recours aux formations sanitaires. En effet, cette amende s'applique indistinctement aux femmes ayant délibérément choisi d'accoucher à domicile et à celles qui accouchent en route, sur le chemin du CSI :

« Très souvent, les femmes retournent au village lorsqu'elles accouchent en route » (matrone au CSI de Tébaram)

Elles retournent au village après avoir accouché en route pour éviter les réprimandes des agents de santé. Il arrive que la femme accouche à domicile, puis se rend dans un centre de santé. Elle n'est pas exemptée des 5000 FCFA d'amende ; pis, elle est retenue pendant 24 h au sein de la formation sanitaire. Certaines *mamans lumières* estiment que les amendes comportent souvent des abus :

« Parfois, certaines femmes accouchent chez la matrone. Elles sont, malgré tout amendées. Un jour, une femme a accouché dans la cour du CSI, mais elle a été amendée ! » (matrone, Tébaram)

Il semblerait nécessaire de distinguer, dans l'application des amendes, les cas de femmes qui finissent par accoucher sur le chemin d'une formation sanitaire et celles qui choisissent délibérément d'accoucher à domicile. Appliquer indistinctement les mêmes taux d'amende aux deux catégories de parturientes est porteur d'iniquité. Les taux d'amende devraient être calibrés selon l'effort fourni par les parturientes pour bénéficier d'un accouchement assisté. Certaines femmes estiment aussi que « le travail les a surprises à la maison » et qu'elles n'ont pas eu le temps de réagir vite pour se rendre dans une formation sanitaire. On retrouve ces cas parmi les primipares qui n'ont pas l'expérience de l'accouchement, *haihuwa*, et du travail, *nakuda*.

Les facteurs de motivation

Plusieurs facteurs motivent la fréquentation massive des formations sanitaires.

Les motivateurs structurels

Ils se caractérisent par la présence des formations sanitaires dans les localités visitées, l'effectivité de la gratuité des soins aux femmes et aux enfants, la présence des *mamans lumières*, des matrones, et l'école des maris. Il y a également les canaux de communication. A travers la radio communautaire *bango* les messages de sensibilisation sont constamment diffusés et adressés aux communautés. La radio a été citée, par nos enquêtés, comme une des principales sources d'information sur les questions relatives à l'utilisation des formations sanitaires pour l'accouchement, les consultations (CPN, CPoN). La radio permet ainsi de porter à une échelle plus étendue la communication interpersonnelle faite par les auxiliaires communautaires.

Les motivateurs matériels

Les motivateurs matériels sont les amendes liées aux accouchements à domicile, l'accès gratuit à une moustiquaire à la 3^{ème} CPN ou à l'accouchement assisté par un agent de santé, les soins dont bénéficient la mère et l'enfant, l'économie lié aux accouchements assistés pour les époux, l'accès aux carnets de santé et aux services connexes qui y sont associés.

Motivateurs sociaux

Les motivateurs sociaux sont produits par les communautés elles-mêmes à travers la stigmatisation des femmes qui accouchent à domicile et/ou qui ne font pas l'espace des naissances. Cette stigmatisation s'étend aux maris à l'intérieur de leurs espaces de sociabilité, *fada*. Nombre d'entretiens ont fait ressortir que les maris dont les femmes n'observent pas l'espace des naissances sont l'objet de raillerie de la part de leur cercle d'amis.

L'implication de la chefferie

Sans être officiellement associées aux activités de sensibilisation, les autorités coutumières n'en restent pas moins des acteurs importants du dispositif de Concern. A Maïssoungoumi, par exemple, on nous a rapporté une forte implication du chef du village, autorité politique et morale :

Le « *maigari* » (lit. le chef de village) fait « *shela* » pour attirer l'attention des femmes sur les fréquentations des centres de santé, c'est d'ailleurs même la raison pour laquelle les femmes sont très fréquentes au centre pour l'accouchement » (H., matrone, Maïssoungoumi).

Cet exemple montre qu'il est possible d'impliquer les chefs de village en leur confiant des rôles à jouer dans le processus de sensibilisation des populations. Dans les villages, l'adhésion des chefs à une activité donnée peut présager une forte adhésion de la population. A Maïssoungoumi, il n'existe pas de facteurs motivateurs pour inciter les femmes à accoucher au niveau de la case de santé. La case de santé dispose d'une seule salle qui tient lieu à la fois de salle d'accouchement, de salle de soin aux malades et de lieu de distribution des moustiquaires, etc.

En somme, il existe dans les villages de Tébaram et de Maïssoungoumi, tout un dispositif visant à inciter les femmes à utiliser les structures de santé pour les consultations (CPN et CPoN) ainsi que pour les accouchements. Malgré la présence de ce dispositif, on assiste à des résistances.

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

III. LES RÉSISTANCES À L'UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES

Plusieurs facteurs limitent l'utilisation des formations sanitaires par les femmes aussi bien pour les activités de prévention que pour les accouchements assistés. Des contraintes d'ordre structurel ont été mises en avant par la plupart des personnes enquêtées. Le fait que les agents de santé soient essentiellement des hommes constitue le principal facteur de blocage. Sous cet aspect, nombre de femmes sont soutenues par leurs époux qui ont du mal à admettre qu'elles soient consultées par un homme. Selon la croyance de la population, il est interdit à un homme de toucher à la femme d'autrui, comme souligne cet enquêté :

« L'islam n'admet pas qu'un homme touche la femme d'autrui sauf cas de force majeure ; or les autorités en charge de la santé peuvent recruter une femme pour les femmes » (A. A)

La communication entre patientes et agents de santé de sexe masculin est bloquée sur certains sujets sensibles. En raison du bas niveau d'instruction de la plupart des patientes, les femmes ne sont pas à l'aise pour discuter des questions de contraception avec des agents de sexe masculin. Une telle contrainte pourrait être levée par une intensification des activités des auxiliaires communautaires, en particulier les matrones et les mamans lumières avec lesquelles les femmes seraient plus ouvertes sur les questions de contraception. A ces facteurs, il faut ajouter la mauvaise qualité de l'accueil réservé aux patientes. Particulièrement à Tébaram, les femmes fustigent le comportement de l'infirmière. Par ailleurs, les femmes ont souligné le manque d'intimité lors des accouchements. La « salle d'accouchement » du CSI est située dans le couloir qui fait office de salle d'attente. D'autres résistances tiennent à des facteurs économiques, notamment les « frais d'accouchement » qui s'élèvent à 2000 FCFA. En milieu rural, compte tenu du niveau de vulnérabilité des ménages, certains maris ayant du mal à rassembler ces frais d'accouchement décident que leurs épouses accouchent à domicile. Enfin, les résistances tiennent également à des facteurs socio-culturels. Certaines catégories sociales se détournent des formations sanitaires pour les accouchements. C'est le cas des groupes nomades ou éleveurs gravitant autour des villages enquêtés. A Tébaram, les femmes nomades (peuls) fréquentent rarement le CSI de Tébaram pour les accouchements. Selon le chef CSI, « elles préfèrent accoucher en brousse ».

Les résistances sont soutenues par un discours fataliste selon lequel « *chaque bouche que Dieu ouvre, c'est lui qui la nourrit !* » (lire : Dieu pourvoit aux besoins alimentaires de chaque être humain). On assiste à un glissement de responsabilité : les individus se dédouanent et font de Dieu le responsable des naissances. Ce type de comportement est observable dans les milieux religieux fondamentalistes. Pour cette catégorie de religieux, les méthodes contraceptives visent la limitation des naissances (par les Blancs) « *nasaranci* » ; la sensibilisation est une manipulation. On y entend dire :

« Les Blancs veulent diminuer les naissances et les produits rendent les femmes stériles ».

« Pour certaines personnes les pilules contraceptives rendraient stérile à la longue et l'islam est contre cet aspect, (entretien de groupe, Maïssoungoumi)

S'appuyant sur de tels discours, certains maris interdisent à leurs femmes de fréquenter les formations sanitaires comme en témoigne cet interviewé :

« Ces personnes sont pour la plupart des izala. Ils interdisent aux femmes de prendre les pilules contraceptives. Selon eux, les pilules contraceptives empêchent la femme d'accoucher ».

A Maïssoungoumi, les maris font partie des principaux obstacles à l'utilisation des formations sanitaires par les femmes. Ce sont eux qui détiennent le pouvoir de décider si la femme part en consultation ou accouche dans une formation sanitaire. Mais la résistance des hommes est, en partie liée, à la non-fonctionnalité de *l'école des maris*. Contrairement à Tébaram, on observe qu'à Maïssoungoumi, les maris ne sont pas pris en compte par les sensibilisations sur l'utilisation des formations sanitaires ou sur l'utilisation des produits contraceptifs.

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

IV. LES FEMMES ET LA CONTRACEPTION

Les femmes du village pratiquent la contraception, qu'elle soit traditionnelle ou moderne. Cela est dû au fait que beaucoup d'entre elles souffrent d'un problème de grossesses rapprochées communément appelé *rurutsa*.

Les pratiques contraceptives traditionnelles

Il existe de nombreuses pratiques traditionnelles en matière de contraception. Le recours aux méthodes contraceptives traditionnelles témoigne de la résistance sociale vis-à-vis des méthodes biomédicales modernes. Ces pratiques émanent d'un savoir détenu essentiellement par les tradipraticiens que sont les *boka*. Détenteurs d'un savoir en matière de médecine traditionnelle, les *boka* offrent leurs produits à une clientèle assez discrète et constituée essentiellement des femmes. Les produits contraceptifs proposés se constituent de *karfo* [cordelettes] ou *laya* [amulettes]. Les femmes mariées et les jeunes filles en sont les principales destinataires. Le *karfo* est attaché autour de la hanche, le *laya* dissimulé par la femme dans les cheveux. Selon les croyances associées à ces « produits », l'utilisation des cordelettes et des amulettes préserverait les femmes d'une grossesse non désirée, et ce quel que soit le nombre de rapports sexuels.

Détenues par les personnes âgées, les connaissances magico-religieuses sont transmises aux générations plus jeunes. Sur la santé maternelle et infantile, nous avons constaté plusieurs pratiques sur le terrain.

-Pour la contraception : l'usage de certaines plantes à vertu contraceptive « *malga* », le recours aux formules magiques « *na kolba* », le « *korho* » que les femmes mettent autour de la hanche, le « *crochet* » et la migration. A ce sujet un enquête note

« Je ne suis pas d'avis que les femmes des migrants pratiquent la contraception. Déjà l'absence des maris constitue une forme de contraception, sauf pour tromper les maris » .

Un contrôle social s'exerce sur les femmes de migrants. Tout recours de ces femmes aux produits contraceptifs moderne est socialement interprété comme un signe d'infidélité à un mari absent du village.

Pour les jeunes filles ce sont généralement les mamans ou grand-mères, dont les filles ou petites filles « ne restent pas tranquilles », qui viennent

chercher des produits contraceptifs pour elles. Cela est fait dans le but d'éviter la honte pour la famille. Car une fille qui tombe enceinte sans mari, c'est une grande honte pour sa famille. La famille s'investit dans la quête des produits traditionnels pour éviter une grossesse non désirée. De fait, la contraception est ici vécue par les parents comme non pas seulement un problème individuel concernant la jeune fille, mais plutôt comme une préoccupation familiale. L'idée de « honte » associée à une grossesse hors mariage pousse les parents à rechercher auprès des *boka* des mesures préventives. Dans cette perspective, le tradipraticien représente la référence pour les grands parents en lieu et place de la médecine moderne.

Le comportement des grands-parents peut s'expliquer en partie par l'absence de centre de santé dans le village, mais aussi parce qu'ils ne participent pas aux assemblées villageoises. Ils constituent pour les jeunes filles non seulement les principales sources d'influence, mais aussi les médiateurs entre les tradipraticiens et leurs clientes.

Pendant la grossesse, les femmes âgées suggèrent aux jeunes femmes de consommer du natron pour éviter les complications liées à la grossesse. Ces dernières sollicitent également auprès des marabouts du village des incantations faites sur l'eau destinée à la boisson de la parturiente. Durant la quarantaine (40 jours) qui succède à l'accouchement, on donne du *bawri* (décoctions destinées à protéger et à fortifier) à la mère et à l'enfant, et du *tsamka* (lait de vache). La femme prend son bain avec de l'eau chaude. Son alimentation est faite de *lalume* (bouillie de mil) et de *sabilin toka*. Il y a aussi le *sabara* (plante) que les femmes utilisent pour prévenir le *kaikai* » (maladie du lait).

A ce niveau il y a deux points de vue contradictoires. Le premier, associé au discours biomédical, encourage de donner le premier lait à l'enfant parce qu'il constitue un vaccin, fait « tomber le placenta » et « arrête le saignement chez la femme ». Le second point de vue quant à lui interdit de donner le premier lait à l'enfant parce qu'il contient de l'eau et qu'il est malsain.

A Intakana, la médecine traditionnelle associée aux questions de grossesse offre une riche gamme de produits. On distingue des produits qui soulagent les douleurs, des produits qui « facilitent » l'accouchement, des produits contre le *kaikai*, etc. Parmi les produits contre la douleur, on peut citer :

Maganin ciwon mara [lit. produit contre les douleurs au bas ventre].

Le *ciwon mara* (douleurs au bas ventre) est une maladie des femmes enceintes. Elles partent à la recherche de ce médicament chez les *kemess*,

(lire. *chemists*, colporteurs de produits pharmaceutiques), les *boka* ou les *wanzam* (coiffeurs). Quand une femme a des maux du bas ventre, le *wanzam* lui donne une décoction préparée à base des racines et consommée dans l'eau chaude.

Les vendeurs de produits pharmaceutiques ne sont consultés par les femmes enceintes que pour cette maladie dont ils vendent le médicament. Ils ne vendent pas des contraceptifs. Mais les femmes viennent aussi chercher des médicaments pour des maladies telles que la fièvre, la diarrhée, les maux de tête.

Maganin jinin haila [lit. médicament contre les menstrues].

Le *boka* donne le *maganin jinin haila* aux femmes enceintes. C'est un problème que rencontrent certaines femmes enceintes. En effet, ce sont des femmes qui, malgré la grossesse et généralement après 5 mois ou plus, continuent à voir leurs menstrues. L'absence de traitement peut provoquer un avortement ou « bloquer » la grossesse. Une « grossesse bloquée » ne peut être accouchée par la femme. Lorsqu'elle prend régulièrement le *maganin jinin haila*, la femme permet à la grossesse de se développer normalement jusqu'à l'accouchement.

Maganin doguwar naguda, [lit. médicament contre un long travail].

Pris à titre préventif, ce médicament est proposé pour soulager les souffrances liées à l'accouchement. Une femme qui voit que sa grossesse est presque à terme vient chercher des médicaments pour avoir un accouchement souple. C'est une décoction qui se consomme dans de l'eau tiède. Les femmes ont peu recours à ce produit ; elles ne sollicitent le tradipraticien qu'en cas de complications au moment de l'accouchement.

Maganin kaikai [lit. médicament contre les démangeaisons]

Le *boka* donne du *maganin kaikai* pour « purifier » le lait de la femme. Toutes les femmes enceintes viennent en chercher. C'est une décoction que se prépare dans de l'eau chaude. Si la femme le prend, son lait ne peut pas être mauvais. Il y a des femmes qui le prennent à titre préventif et d'autres à titre curatif. Les études sur les pratiques familiales essentielles ont révélé le recours au test du lait pour éviter que le nouveau-né tète du « mauvais » lait contenant le *kaikai*. De fait, les mères distinguent le « bon » du « mauvais » lait. Dans les représentations sociales, lorsque l'enfant consomme le mauvais lait, il peut mourir ou tomber gravement malade.

On remarque, dans la "posologie" conseillée par les tradi-praticiens une référence à l'eau chaude. Les décoctions proposées doivent être prises dans de l'eau chaude parce que, dans les représentations populaires, l'eau chaude renforce l'efficacité des produits.

A côté du registre de registre et du discours de la médecine traditionnelle, il y a le domaine de la biomédecine et le discours qui lui est associé.

La contraception moderne

La contraception moderne comme pratique

La contraception moderne est pratiquée par les femmes d'Intakana, de Tébaram et de Maissoungoumi. Le recours à la contraception moderne est facilité par la présence de centres de santé, un CSI à Tébaram et une case de santé à Maissoungoumi. Les femmes s'y rendent pour se procurer les produits contraceptifs. Selon le chef CSI de Tébaram, quatre types de produits contraceptifs sont offertes aux femmes :

Le microlite : ce produit est distribué aux femmes sous forme de plaquettes de 35 comprimés à prendre tous les jours à la même heure par voie orale. Ce produit est donné aux femmes qui ont des enfants de moins de 6 mois. L'observance pour ce produit est très complexe et contraignante pour les femmes qui ne doivent rater aucune journée au risque de contracter une grossesse. Pour éviter les risques d'oubli, nombre de femmes sont plus favorables aux pilules injectables et aux implants. En effet, en milieu rural la charge des tâches ménagères est un facteur susceptible de faire oublier à la femme qu'elle doit prendre ses produits. Le microlite n'est pas approprié pour les femmes rurales.

Le microgino : c'est une plaquette de 28 comprimés. Il est pris oralement.

Dépoprovera : ce produit concerne les femmes qui ont des enfants de 3 mois. Mais ce sont des femmes qui ont au moins 5 gestations qui le prennent. Il est administré sous forme injectable.

Implano : l'implant est placé au niveau du bras gauche. Il permet d'avoir 3 ans de contraception.

L'utilisation des pilules contraceptives est liée souvent à l'expérience génésique des femmes. A Tébaram, il nous a été rapporté que les résistances sont observables chez les femmes multipares :

« Les multipares pensent qu'elles ont assez d'expérience pour ne pas être assistées, surtout par un homme [agent de santé] » (entretien de groupe avec les matrones, CSI Tébaram)

A Intakana, les femmes se procurent les produits contraceptifs auprès des distributeurs communautaires qui, eux, se ravitaillent au niveau du CSI de Tébaram. Lorsque surviennent des ruptures de médicaments, les femmes se rendent au CSI d'Eza. Les distributeurs de contraceptifs faisaient face à une rupture au moment de nos enquêtes (mai 2015), et ce depuis plus de 2 mois. En effet, il faut signaler que les DBC ont reçu le premier stock il y a plus de 4 mois après une formation reçue auprès de Concern. Ils étaient 4 à suivre la formation (2 hommes et 2 femmes, tous volontaires). La formation a porté sur l'utilisation des préservatifs masculins et féminins et la prise des pilules.

Les femmes ont recours à la pilule contraceptive avec l'autorisation du mari. Pour avoir les pilules, les femmes doivent présenter la carte d'identité de leurs maris, signe que ce dernier a consenti à l'utilisation des pilules par son épouse. Ce contrôle institutionnel est renforcé par un contrôle social qui s'exerce sur les femmes des migrants. Au CSI de Tébaram, par exemple, les femmes dont les maris sont en migration ne sont pas « autorisées » à s'approvisionner en pilules contraceptives. Lorsqu'elles passent outre ces normes socialement établies, les femmes des migrants sont étiquetées comme voulant tromper leurs maris.

A Intakana, à défaut de disposer de la carte d'identité du mari, les distributrices communautaires se rendent au domicile des femmes pour s'assurer de l'avis favorable du mari. Il faut préciser que pour leur premier ravitaillement en pilules les femmes doivent se rendre dans une formation sanitaire pour savoir quel type de pilule leur est adapté. Les ravitaillements suivants se font directement auprès des distributeurs communautaires sur présentation des plaquettes initialement retirées au niveau de la formation sanitaire.

Les femmes distinguent deux types de pilules contraceptives, selon les couleurs. Les « pilules blanches » prises 41 jours après l'accouchement et les « pilules rouges » prises lorsque l'enfant dépasse 6 mois ou atteint 1 an. A Intakan, les femmes primipares ont une préférence pour les pilules, notamment les multipares qui croient avoir suffisamment d'expérience en matière de contraception. La rupture de stocks de produits témoigne de la portée des messages de sensibilisation et de la forte demande des femmes en produits contraceptifs. En revanche, on remarque que cette demande a du mal à être soutenue par Concern qui n'a pas réussi à renouveler les stocks des DBC du village. Les ruptures de stock peuvent inciter les femmes soit à se rendre dans d'autres formations sanitaires (comme à Eza)

ou alors à s'approvisionner auprès des vendeurs ambulants, s'exposant ainsi à des risques sanitaires. A Maïssoungoumi, il y a de fréquentes ruptures de produits contraceptifs. Face à ces ruptures, les femmes se rendent à Tahoua ou à Bagaroua pour s'approvisionner. La crédibilité de l'activité entreprise par Concern repose pour beaucoup sur sa capacité à maintenir constants auprès des DBC des stocks de produits contraceptifs. Les ruptures peuvent être source de découragement pour les femmes.

Les redistributions de produits contraceptifs entre femmes sont des pratiques assez rares dans les villages enquêtés. Un mécanisme permet d'assurer le suivi de l'utilisation des produits. Chaque femme qui s'approvisionne dispose d'un carnet de planification familiale qui comporte ses informations personnelles : nom et prénoms et les produits pris. Par exemple une plaquette de comprimés est censée finir en 35 jours. Si par mégarde une femme revient en moins de 35 jours chercher des produits, les agents de santé comprendront qu'elle n'a pas observé les prescriptions liées à la prise des pilules.

Les discours sur la contraception moderne

Deux types de discours coexistent lorsqu'on aborde la question de la contraception moderne. D'un côté, nous avons le discours "progressiste" favorable aux méthodes contraceptives promues par la médecine biomédicale, de l'autre il y a un discours d'opposition. Parfois aussi, le chercheur est désemparé face à un *double-discours* tenu par les mêmes acteurs, selon que l'on est dans un espace privé ou dans un espace public. La parole privée produit un discours parfois opposé tandis que la parole publique tend à montrer une adhésion à la contraception moderne.

Le discours d'adhésion

Le répertoire du discours progressiste est riche d'informations tendant à apprécier positivement le niveau d'appropriation des recommandations biomédicales reçues par les femmes lors des séances de sensibilisation ou lors des séances de consultations. Certains porteurs du discours progressiste mettent l'accent sur les avantages liés à la fréquentation des formations sanitaires :

« Les femmes se rendent de leur propre gré au centre de santé pour se faire consulter dès le deuxième et quatrième mois de la grossesse parce que cela permet de suivre l'état de santé de la mère et de l'enfant » (entretien avec B. et K., matrones à Tébaram).

« Les femmes ont compris qu'il est préférable de fréquenter les centres de santé parce que cela minimise le risque de complications des grossesses. C'est pourquoi elles viennent d'elles-mêmes. Avec les consultations prénatales le nombre de grossesses à risque est limité, l'accouchement se fait avec moins de souffrance » (entretien de groupe avec des mamans lumières)

On retrouve également des femmes qui font le lien entre les grossesses rapprochées et *tamowa*, la malnutrition chez les enfants qui en sont issus.

« Les grossesses rapprochées (*ga goyo ga tchiki*) entraînent la malnutrition parce que l'enfant ne tète pas suffisamment le lait maternel. Il y a trop de souffrances. C'est pourquoi les femmes font recours à la contraception » (ménagère, Maïssoungoumi)

Pour désigner les grossesses rapprochées, le vocabulaire hausa distingue le terme *rurusa* de l'expression péjorative *ga goyo ga tchiki* (expression imagée qui évoque une femme enceinte portant un bébé au dos).

A Tébaram, le même discours met l'accent sur une différence de comportement selon l'âge, entre les femmes « âgées » et les « jeunes » femmes :

La plupart des femmes qui viennent au CSI pour les consultations prénatales sont les primipares. Les femmes *tsohi-tsohi* (lit. âgées) qui ont six ou sept maternités ne fréquentent pas les centres de santé parce qu'elles sont gênées et se disent qu'elles sont « *mangna* », (expérimentées en matière d'accouchement) (Ibid.)

Cette différenciation émane des matrones, qui ont une bonne connaissance, de la fréquentation des centres de santé par les femmes. Elle permet mieux situer les rejets au niveau des femmes âgées qui seraient moins enclines à utiliser les formations sanitaires. A Tébaram, on considère que la fréquentation des formations sanitaires est davantage le fait des jeunes femmes. En d'autres termes, les messages de sensibilisation auraient plus d'influence sur le comportement des jeunes mères que sur les femmes âgées.

Les consultations prénatales et l'accouchement assisté donnent accès à des services connexes, à savoir l'accès à un acte d'état civil.

« Les consultations prénatales permettent aux enfants de bénéficier gratuitement du carnet de santé et d'un extrait de naissance qui a des avantages dans la vie future des enfants. En effet, l'acte de naissance permet aux enfants de partir en migration sans avoir de difficultés et d'inscrire les enfants à l'école. Les enfants qui n'ont pas bénéficié d'acte de naissance dès la naissance doivent payer 2500 FCFA à Tébaram pour s'en procurer » (maman lumière, Maïssoungoumi)

Certaines femmes « prennent des grossesses » au cours même de la quarantaine. Ces comportements proviendraient des *jahila*, les femmes d'un bas niveau d'instruction ou non éveillées.

Le discours de rejet

Le discours d'opposition provient le plus souvent des maris, qui empêchent les épouses d'utiliser les produits contraceptifs modernes. Ce discours s'appuie sur des idées reçues dont l'extrait d'entretien ci-dessous traduit la teneur :

« Il y a des maris qui empêchent les femmes de faire recours à la contraception. Ils partent eux-mêmes au centre pour demander au major de ne pas donner à leurs femmes la pilule contraceptive car selon eux cela rend la femme infertile » (entretien avec un groupe de femmes, Tébaram).

Il y a également les détenteurs du pouvoir magico-religieux qui tiennent et diffusent des discours tendant à détourner les populations des formations sanitaires. Dans le village de Maïssoungoumi, un guérisseur souligne :

« Les produits biomédicaux ne soignent pas, ce ne sont que des calmants. Par contre les traitements traditionnels soignent et sont plus efficaces », (D., guérisseur traditionnel)

L'interprétation religieuse locale de la contraception

Selon les idées généralement reçues, l'islam serait opposé à la contraception. Des entretiens réalisés auprès de leaders religieux dans le village d'Intakana fournissent une vision relativisée de l'attitude de l'Islam par rapport à la contraception. L'islam n'a pas interdit la contraception selon l'imam du village, mais s'oppose au mixage des hommes et des femmes en un même lieu. Il préconise une séparation des espaces entre hommes et femmes. En prenant le cas des agents des centres de santé, il serait souhaitable que, dans les formations sanitaires, les femmes soient prises en charge par des agents du même sexe.

Par ailleurs, selon lui, l'islam ne s'oppose à la contraception que dans la tête des maris « peu intelligents », c'est-à-dire ayant de faibles connaissances en islam. Car, selon plusieurs imams rencontrés, les pratiques contraceptives visent à améliorer l'état de santé de la femme, or l'islam n'a pas interdit la quête de la santé. De fait, la contraception améliore l'état de santé de la mère et des enfants :

« La religion veut que l'enfant reconnaisse son petit frère. Quand on lui demande où est ton frère, qu'il dise 'il est à la maison'. Mais avoir un enfant au dos et un dans le ventre c'est... Mais on veut que l'enfant ait deux ans et dans la troisième année, on peut lui trouver un frère » (Imam).

Selon un imam de l'une des mosquées de vendredi de Tébaram, c'est l'ignorance qui est à la base du refus de contraception. Car l'Islam prévoit 30 mois d'espacement de naissance !

A Tébaram, on note les propos d'une autorité religieuse :

« Il n'y a aucun mal à ce que les femmes pratiquent les deux médecines parce l'objectif visé est le même, c'est la santé. Les hommes autorisent leurs femmes d'aller à la case de santé, mais aussi d'aller consulter les guérisseurs » (Imam d'une mosquée de vendredi,)

En somme, le discours religieux n'est pas littéralement opposé à la contraception. Pour autant, il n'est pas ouvertement en faveur de l'utilisation des produits proposés aux femmes. Le fait que les leaders religieux du village d'Intakana soient ouverts à la contraception me semble être une réelle opportunité pour les inclure dans le dispositif de sensibilisation. Il n'est pas inutile de rappeler le rôle important des leaders religieux dans la construction de l'opinion publique villageoise. Pour rendre leurs interventions efficaces, les agents de Concern doivent pouvoir trouver des mécanismes d'inclusion des leaders religieux.

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

V. LA GESTION DE LA GROSSESSE

Compte tenu du caractère très symbolique de la grossesse et de l'accouchement, la période de la grossesse fait l'objet d'une attention particulière aussi bien par les femmes que par leur entourage immédiat.

Quelques croyances associées à la grossesse

De nombreuses croyances sont associées à la grossesse. Ces croyances se réfèrent à l'espace. Dans les représentations locales, la femme enceinte ne doit pas fréquenter certains endroits parce qu'elle serait « très vulnérable » (*lit. tsotsayi a tare da ita*). De même, elle doit éviter d'aller chercher des fagots ou aller au puits. Ces interdits ne sont pas toujours respectés par les femmes qui n'ont personne pour les décharger de ces tâches ménagères.

La grossesse ne doit pas être exposée. A Intakana et à Maïssoungoumi, les femmes cachent la grossesse aux premiers mois de leur développement. Elles sont gênées par leur état. Cette gêne est accentuée lorsqu'il s'agit de la première grossesse. Une grossesse visible susciterait des ragots ; les mauvaises langues et le « mauvais œil » sont susceptibles de porter malheur à l'enfant qui naîtrait de la grossesse. On dit que l'enfant peut naître avec un handicap ou que la mère aura des complications à l'accouchement. A Tébaram, par contre, les femmes n'ont aucune gêne à exposer leur grossesse, et ce dès la première consultation prénatale. En somme, le rapport des femmes à la grossesse n'est pas partout le même. Ce rapport détermine l'engagement des femmes à se rendre ou pas en consultation prénatale. A Maïssoungoumi et à Intakana, la gêne et la peur du mauvais œil constituent des obstacles à la fréquentation des centres de santé. Dans ces villages, la présence et les activités des acteurs communautaires (matrones, mamans-lumières, écoles des maris) devraient être renforcées pour « accompagner » les femmes, surtout les primipares, afin de se rendre dans les formations sanitaires. Ces acteurs communautaires devraient aider ces dernières à supporter les regards extérieurs.

L'alimentation de la femme enceinte

Une alimentation faiblement diversifiée

En règle générale, l'alimentation de la femme enceinte est la même que l'alimentation quotidienne de toutes les femmes à Intakana, Maisoungoumi ou à Tébaram.

« Une femme enceinte n'a pas de choix de nourriture ici au village ! » (A. A.).

Ainsi, elles prennent du *fura* (du mil pétri dans du lait) et du *tuwo* (la pâte de céréales), même s'il est souhaitable que les femmes enceintes puissent disposer d'aliments de compléments comme les fruits (les mangues ou les oranges). Le principal écueil auquel les femmes sont confrontées est celui de la disponibilité et de l'accessibilité des aliments de complément. S'il est plus aisé de trouver les fruits sur le marché hebdomadaire de Tébaram ou de Maisoungoumi, tel n'est pas le cas du village d'Intakana dont l'enclavement rend difficile l'accès aux fruits. Dans la commune de Tébaram, il n'existe pas de site de production fruitière ; les fruits sont acheminés depuis les marchés de Tahoua.

A Tébaram nos interlocuteurs nous ont rapporté une relative variation alimentaire chez les femmes. En effet, celles-ci consomment des feuilles de haricot ou d'une plante qui pousse à l'état sauvage, le *jiga*. Une fois cueillies et séchées, ces feuilles sont, au besoin, bouillies et consommées avec du tourteau d'arachide. Le recours à cette alimentation suppose l'existence de feuilles de haricot, de feuilles de *jiga* et surtout de disponibilité financière pour acheter du tourteau sur le marché. Ces conditions ne sont pas toujours remplies dans l'ensemble des villages visités. Face aux contraintes d'accès à ces produits, nombre de femmes de contentent de l'alimentation ordinaire composée de *fura* et de *tuwo*.

En somme l'alimentation de la majorité des femmes enceintes est constituée de céréales ; l'apport d'autres aliments est assez rare. Dans les villages d'Intakan et de Maisoungoumi la gamme de choix alimentaires est très limitée pour les femmes enceintes.

Les interdits alimentaires chez la femme enceinte

Beaucoup d'interdits alimentaires existent chez les femmes d'Intakana et Tébaram. Les aliments placés en première ligne des interdits sont ceux qui sont susceptibles de provoquer le *kaikai*. Il s'agit entre autres du souchet, des arachides, du manioc, de la farine de manioc (*garin rogo*). La mère qui a le *kaikai* le transmet à son enfant dans le ventre. A la naissance, le nouveau-né aura le corps recouvert de boutons ou sera en sous-poids. L'enfant peut être également contaminé après la naissance si la mère consomme les aliments interdits. Dans ce cas, l'enfant "attrape" le *kaikai* par le lait de sa mère. Selon les mères interrogées, l'enfant qui consomme du lait contaminé de *kaikai* restera toujours maigre et ne sera pas vigoureux

Un autre aliment interdit chez la femme enceinte à Tébaram est la patate douce. Consommé cru, ce tubercule donnerait la fièvre jaune à l'enfant, selon une enquêtée.

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

VI. LES SOINS AU NOUVEAU_NÉ

En règle générale, il y aurait une tendance à l'abandon des amulettes et cordelettes pour les nouveau-nés. De même, en tout cas dans le discours des enquêtés, donner de l'eau sucrée dès la naissance, du *rubutu*, ou le *bawri* seraient en train d'être abandonnés, surtout avec les sensibilisations sur l'AME (allaitement maternel exclusif). Néanmoins, au-delà de ces discours on observe une survivance de nombreuses pratiques traditionnelles pour les soins administrés aux nouveau-nés. C'est aux *wanzam* (coiffeurs traditionnels) que revient la charge d'administrer les principaux soins aux bébés. Ces soins comprennent, entre autres :

L'ablation du "dori" : c'est le frein lingual visible au-dessous de la langue du nouveau né et qui empêcherait celui-ci de crier, de téter parce qu'il ne peut pas soulever la langue. Lorsqu'il n'est pas enlevé, le *dori* entraînerait le bégaiement chez l'enfant. Le lame traditionnelle, *aska*, est l'outil utilisé pour cette opération. Pour chaque intervention de ce genre, le *wanzam* reçoit une somme de 2500 FCFA.

Le tsutsa : c'est un petit vers qui sort au niveau de la tête du prépuce de l'enfant. Chaque mouvement du ver provoque des douleurs qui font pleurer celui-ci. Dans certaines situations, le *tsutsa* se manifeste par l'apparition d'un bouton sur le pénis de l'enfant et provoque des démangeaisons. Les soins prévus pour l'enfant consistent à le circoncire au plus vite. Une fois circoncis, l'enfant retrouverait la santé.

L'ablation du «guriya» sur les nouveau-nés de sexe féminin : les matrones s'activent, à la naissance, de vérifier que la fille n'a pas le *guriya*. Selon la description locale, il s'agit d'un bout de peau qui enveloppe le méat urinaire chez les filles. Le *guriya* doit être enlevé par les *wanzam*. L'ablation du *guriya* intervient le jour même du baptême, au même moment que le rasage de la tête. Si on ne l'enlève pas, il empêchera la fille d'accepter les hommes quand elle sera grande. L'opération coûte 10.000 FCFA à Tébaram selon une ménagère.

L'ablation de la lulette, (en hausa *hakin wuya*): la lulette apparaît entre la langue et la gorge, et toucherait les enfants de 5 mois à 1 an. L'ablation de la lulette est une mesure préventive. Lorsqu'elle éclate, la lulette peut causer la mort chez l'enfant, selon le *wanzam*. L'ablation intervient après 2 ans, le temps de « laisser l'enfant grandir un peu ».

Circumcision: certains parents font circoncire les enfants dès la première semaine.

VII. LE MARIAGE PRÉCOCE

La plupart des interviewés affirment que le mariage précoce est une pratique qui a tendance à disparaître. A ce niveau, nous sommes en face d'un discours convenu. Les populations lient cette tendance aux multiples campagnes de sensibilisation sur les conséquences du mariage précoce.

Toutefois, les populations rencontrées ne se réfèrent pas aux mêmes critères pour définir le mariage précoce selon que l'on est à Intakana, Tébaram ou Maïssoungoumi.

A Intakana, des filles de 12 ans à 13 ans sont considérées précoces. Mais à partir de 14 ans, la majorité des interviewés soulignent que les filles sont des femmes et par conséquent elles peuvent être mariées sans aucune crainte. D'autres préconisent d'attendre le 16^{ème} anniversaire de la fille avant le mariage.

D'autres parents encore prennent pour référence la capacité de la fille à faire face aux travaux ménagers une fois dans son foyer conjugal. C'est pourquoi ils disent qu'elle doit être mure (avoir ses menstrues) et physiquement apte à assumer toutes les tâches domestiques comme puiser de l'eau, piller le mil et préparer le *fura* pour toute la famille. Il faut aussi ramasser du bois de chauffe, travailler dans les champs et cela même étant enceinte. Les filles scolarisées sont épargnées du mariage précoce. Celles-ci atteignent 19 ou même 20 ans avant d'être mariées.

A Maisoungoumi comme à Tébaram c'est à partir de 15 ans que les filles sont mariées, même lorsqu'elles ne sont pas scolarisées. L'âge de 15 ans y constitue le référentiel pour apprécier le caractère précoce du mariage. Les filles mariées avant 15 ans sont celles qui ne « restent pas tranquilles ». Dans la représentation locale, « rester tranquille » signifie pour une fille garder sa chasteté jusqu'au mariage. Même scolarisée, une fille qui « ne reste pas tranquille » est retirée de l'école pour être donnée en mariage, cela dans le but d'éviter la honte à la famille, notamment une grossesse hors mariage. Les filles scolarisées bénéficient implicitement d'une sorte de protection institutionnelle. Lorsqu'elle est scolarisée, la fille échappe au mariage tant qu'elle n'a pas achevé son cycle ; même lorsque les parents décident de la donner en mariage, ceux-ci peuvent être dénoncés par l'enseignant. En somme, le mariage précoce touche rarement les filles scolarisées.

Cependant, il faut noter l'existence d'un type de mariage précoce qui est en train de disparaître. Il s'agit de *awre reno* (mariage d'entretien). C'est un

mariage précoce qui concerne de petites filles dont l'âge varie de 10 à 12 ans. En effet, la fille est demandée en mariage sous condition de l'entretenir en attendant qu'elle soit mure chez les beaux-parents, avant de rejoindre le mari et commencer les travaux plus durs. A Intakana, un mari rencontré donne sa perception du mariage précoce. Pour celui-ci :

« Pour moi, une femme est prête pour le mariage à 18 ou 20 ans car en ce moment elle a la force de travailler chez son mari et faire face à la grossesse sans beaucoup de difficultés. En deçà de cette tranche d'âge, ce n'est pas vraiment bon, c'est un peu comme manger une nourriture qui n'est pas cuite juste pour calmer la faim » (un mari, Intakan)

Cet interlocuteur met en avant l'âge minimum de mariage (18-20 ans) ainsi que les aptitudes physiques de la fille à travailler dans le foyer. D'autres personnes interviewées évoquent plutôt l'effet de mode qui incite les filles à se marier à un âge précoce.

« Les filles se marient vite par conformisme ; quand elles voient leurs amies se marier, elles se précipitent aussi pour le faire. A cela il faut ajouter le fait que les filles deviennent "mures" à un âge précoce. Mais les véritables raisons sont liées aux parents qui marient leurs filles précocement pour éviter les grossesses hors mariage » (mari, Intakan).

Selon cet entretien, le mariage précoce est dû à la combinaison de plusieurs facteurs : le conformisme, le cas des mineures émancipées, et la crainte pour les parents de voir leurs filles contracter des grossesses non désirées. En nous référant à ce dernier point, il apparaît que les jeunes filles sont rarement mises sous contraception. Dans la perception populaire, les produits contraceptifs semblent être réservés uniquement aux femmes mariées pour éviter les grossesses rapprochées. Un tel constat révèle une limite des messages en matière de contraception, qui ne semblent pas être orientés en direction des jeunes filles non mariées susceptibles de contracter une grossesse. Dans cette perspective, aux yeux des parents, le mariage précoce est la meilleure solution, plutôt que la mise des filles sous contraception. Il faut souligner également que le regard extérieur admet mal de voir une fille non mariée prendre des pilules, signe extérieur que cette dernière a des rapports sexuels hors mariage. La société rurale nigérienne n'admet pas qu'une fille ait des rapports sexuels en dehors du mariage. Bien entendu, ce contrôle social n'est pas toujours efficace, et c'est une des raisons pour lesquelles, par précaution, les parents préfèrent donner leurs filles en mariage, en prévention d'une grossesse qui sera vécue comme un véritable drame familial. En définitive, alors que les méthodes contraceptives évitent aux femmes mariées des grossesses rapprochées, les

jeunes filles (non mariées) devraient constituer des cibles à part des messages d'éducation sexuelle.

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

VIII. LA MIGRATION ET LES INSTANCES DE DÉCISIONS INTRA-MÉNAGES

La majorité des jeunes du village pratiquent la migration saisonnière. Ils quittent les villages après les cultures pluviales, en direction de diverses destinations : le Nigeria, le Burkina Faso, le Cameroun et la Côte d'Ivoire. Lorsqu'ils partent, les jeunes « confient » la gestion de leur foyer à un membre de la famille.

Décisions relatives à la fréquentation des centres de santé

Une fois en migration c'est auprès des aînés que les migrants laissent leurs femmes. Ils peuvent être les parents directs, les oncles ou grands frères. Ils s'occupent de leurs belles-filles dont ils sont responsabilisés. C'est auprès de ceux-ci que les belles-filles demandent l'autorisation lorsqu'elles veulent se rendre dans une formation sanitaire. Des exceptions existent, néanmoins. C'est le cas des femmes qui disposent d'un téléphone. Avec le développement de la communication, celles-ci demandent directement à leur mari en migration l'autorisation de se rendre dans une formation sanitaire. Ce cas de figure contribue ainsi à contourner les instances de décision sur place au village.

Dans la plupart des cas, les populations ont du mal à admettre qu'une femme de migrant utilise des produits contraceptifs :

« Celle dont le mari est absent, que va-t-elle faire d'un contraceptif ? Dieu lui a donné un repos » (A. D.)

La migration est en soi une méthode contraceptive "naturelle" en raison de l'absence des maris partis en migration. La durée de la contraception équivaut à la durée de la migration du mari.

Les relations beaux-parents et belles filles autour de l'utilisation des structures de soins

Nous n'avons pas rencontré des relations conflictuelles entre beaux-parents et belles-filles autour de l'utilisation des formations sanitaires. Entre beaux-parents et belles-filles, il y a de ce fait unanimité sur la nécessité de fréquenter les centres de soin.

D'autres registres structurent néanmoins les conflits entre beaux-parents et belles-filles. Ils portent sur la gestion des envois que font les migrants. En effet, nombre de parents et de belles-mères se plaignent que leurs enfants font des envois directement à leurs femmes. Les envois directs aux épouses restées au village contournent les parents, qui vivent ce contournement comme une perte de pouvoir de contrôle social sur les belles-filles. Nos constats ne sauraient aller plus loin ; nos données ne permettent pas d'établir une corrélation entre la gestion des fonds envoyés par les migrants et la décision de fréquenter les centres de santé par les femmes de migrants.

IX. CONCLUSION

Dans les trois villages visités, il y a une prise de conscience généralisée de l'intérêt d'utiliser les formations sanitaires pour les consultations et l'accouchement assisté. Les femmes font de leur mieux en matière d'utilisation des formations sanitaires, nous a-t-on fait remarquer, mais cet effort mérite d'être renforcé et soutenu à travers la multiplication des séances de sensibilisation à l'endroit des hommes. Par ailleurs, on remarque que les structures d'accueil ne suivent pas les impacts des sensibilisations faites en amont par les auxiliaires communautaires. En effet, alors que tout le monde s'accorde à reconnaître que les taux d'utilisation des formations sanitaires se sont accrus, les infrastructures sanitaires, elles, n'évoluent pas et, par conséquent, ne sont pas capables de répondre efficacement à la forte demande sociale en santé. Par exemple, à Tébaram, alors qu'il y a des efforts combinés des matrones, des mamans lumières, de l'école des maris pour "convaincre" les femmes en faveur de l'accouchement assisté par un agent de santé, on constate qu'il n'existe pas de salle d'accouchement répondant aux normes minimales de qualité, ni assez d'agents de santé de sexe féminin.

Mais un certain nombre d'obstacles persistent et sont liés à la survivance de pratiques traditionnelles (associées à l'accouchement, aux soins, etc.) véhiculées par des représentations populaires. On observe le même hiatus dans les méthodes contraceptives. Les femmes associent des produits de la biomédecine (notamment les pilules contraceptives) et ceux de la médecine traditionnelle (plantes, amulettes, cordelettes, etc.).

Pour accroître l'utilisation des formations sanitaires, il existe une pluralité de motivateurs : présence d'une formation sanitaire et d'intrants, présence d'agents de santé appuyés par des auxiliaires communautaires, institutionnalisation d'amendes et mise en place de "cadeaux" pour inciter les femmes à faire les consultations prénatales, stigmatisation des grossesses rapprochées, « *rurusa* », etc. En dépit de ces motivateurs institutionnels, matériels et sociaux, l'on constate que certaines femmes continuent à accoucher en dehors des formations sanitaires.

Les offres de contraceptions et de soins sont diversifiées dans les villages visités. A côté des offres de la biomédecine (centres de santé et vendeurs ambulants, les *kemiss*), d'autres offres émanent des tradipraticiens, les *boka*, parmi lesquels on dénombre des femmes ; des marabouts, qui font toutes

sortes d'incantations ; des *wanzam*, coiffeurs traditionnels qui offrent des services liés aux soins des nouveau-nés, etc.

L'avènement des *mamans-lumières* et, à Tébaram, de *l'école des maris*, a contribué à accroître l'utilisation des formations sanitaires en matière de consultations. Par contre, en matière de contraception, on observe un changement timide.

On observe également des différenciations sociologiques dans l'utilisation des centres de santé. Nos entretiens ont touché essentiellement des femmes sédentaires. Afin de nuancer nos analyses, nous aurions aimé avoir dans notre échantillon des femmes d'éleveurs qui vivent dans les environs des villages. D'après les entretiens que nous avons menés dans les villages, il ressort que les formations sanitaires sont très peu utilisées par les femmes d'éleveurs. En conséquence, les campagnes de sensibilisation en faveur de l'accouchement assisté et de la contraception restent partielles en ce qu'elles touchent une seule catégorie de la population de l'aire de santé de Tébaram et non l'ensemble des divers groupes socio-culturels qui la composent. Les activités des auxiliaires communautaires (*mamans lumières, école des maris*) sont circonscrites à l'échelle des unités villageoises, leur extension au niveau des hameaux et des tribus d'éleveurs contribuerait à accroître les niveaux d'utilisation des formations sanitaires.

L'analyse du processus décisionnel met en évidence les rapports de pouvoir en faveur des hommes. Le "comportement contraceptif" des femmes est décidé par le mari, par ses frères lorsqu'il est absent et, en dernier ressort, par la belle-mère. La femme, directement concernée par la contraception, détient un faible pouvoir de décision. En somme, dans les villages visités, le pouvoir décisionnel des femmes en matière de contraception est quasi inexistant.

Il existe dans les villages visités un tissu associatif significatif composé de groupements féminins. Ces associations villageoises fonctionnent sans aucun lien avec le dispositif de sensibilisation sur l'utilisation des centres de santé. Ces organisations peuvent être un instrument mobilisable dans le cadre de la sensibilisation des femmes, et ce d'autant plus que ces structures sont animées par des femmes multipares dont on a relevé, à Tébaram, le rôle négatif en matière de contraception. La mise à l'écart des femmes âgées dans le dispositif de sensibilisation de Concern présente le risque de créer des pôles de résistances et d'influence sur les jeunes femmes.

SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE EN MILIEU RURAL NIGÉRIEN

Ce rapport est issu d'une recherche financée par Concern

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, sécurité, 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° 130 « *An assessment of the experiences and vulnerabilities of pastoralists and at-risk groups in the Atakora department of Benin* », par A. Bernard et A. Mossi (2022)

n° 129 « *Le déploiement des personnels dans le secteur public de la sante au Niger* », par J.F. Caremel (2021)

n° 128 « *Les interruptions volontaires de grossesse au Niger* », par A. Diarra (2018)