# Analyse de genre sur la santé sexuelle et reproductive

# Niger – Maradi

July 2021

Marthe Diarra Doka

Auteur

Marthe Diarra, consultante indépendente
www.careinternational.org.uk

Remerciements

Cette analyse de genre a bénéficié de la précieuse contribution des collègues de CARE Niger, CARE International UK et CARE USA.

Les opinions exprimées dans cette analyse de genre sont celles de l'auteur uniquement et ne représentent pas nécessairement celles de CARE ou de ses programmes, ou du gouvernement britannique/de tout autre partenaire.

Photo de la page de couverture : Photo d'une femmes dans un campement Peulh de la zone d'intervention.

Image: Aicha Douroussa

# Contents

Introduction ..... 3

Méthodologie de travail ..... 4

Résultats de l'étude ..... 6

1. Présentation des villages enquétés ..... 6
2. Les obstacles a la SSR, y compris les dynamiques de pouvoir ..... 9
   - 2.1. Les facteurs sociaux et culturels obstacles à la SSR ..... 9
   - 2.2. Perception sociale des produits SSR et de leur utilisation ..... 22
3. Les influences des normes et comportements sociaux à l'accès et utilisation de la SSR ..... 24
   - 3.1. Perception sociale et utilisation de la SSR ..... 26
5. Les facteurs facilitant l'accès aux informations, services et produits en matière de SSR ..... 31
   - 5.1. Facteurs favorables et opportunités ..... 31
   - 5.2. Facteurs défavorables et défis ..... 35

Conclusion générale ..... 37

Pistes d'actions programmatiques pour Care ..... 38

# Liste des tableaux

Tableau 1: Echantillon des enquetes individuelles ..... 5
Tableau 2: Les strategies employées pour la resilience des menages ..... 15
Tableau 3: prise de decision en matière de reproduction ..... 16
Tableau 4: taille des menages enquetes ..... 19
Tableau 5: Nombre d'enfants souhaités dans les focus groupes ..... 20
Tableau 6: opinion des enquetes sur les opportunités les plus porteuses pour faire face aux consequences du changement climatique ..... 21
Tableau 7:Les aspirations des enquêtés ..... 28
Tableau 8: Age de la premiere relation sexuelle chez les filles ..... 28
Tableau 9: moyens utilisés par les hommes, femmes, jeunes hommes et jeune filles pour eviter les grossesses et maladies sexuelles ..... 29
Tableau 10: Lieux ou les hommes, femmes, jeunes hommes et jeunes filles peuvent avoir des information sur les methodes et produits contraceptifs ..... 29
Tableau 11: Lieux ou les hommes et femmes accèdent aux produits de santé sexuelle et reproductive ..... 29
Tableau 12: Prise de décision concernant l'usage de mesure pour éviter les grossesses et maladies sexuellement transmissibles ..... 29
Tableau 13: Preneur de décision pour se rendre a un centre de santé ..... 30
Tableau 14: Informations sur les relais communautaires ..... 32
Tableau 15: Opinions des relais communautaires ..... 32
Tableau 16: Lieux ou les hommes peuvent trouver des informations sur la santé des femmes pendant et apres une grossesse ..... 33
Tableau 17: Réponse des hommes a la question "en general, les gens vont-ils dans un centre de santé pour la naissance ?" ..... 33
Tableau 18: Réponses des hommes a la question "qu'est ce que les hommes et femmes apprécient a propos des centres de santé et des soins qu'ils/elles y recoivent" ..... 34
Tableau 19: Réponses des femmes a la question "Qui visite le plus les centres de santé? " ..... 34
Tableau 20:Pratiques des femmes apres la naissance ..... 34
Tableau 21: Source d'informations concernant la gestion des menstrues ..... 35

# Abbreviations

| | |
|---|---|
| ACF | Action contre la Faim |
| AGR | Activité génératrice de revenu |
| CEDEAO | Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest |
| CIPD | Conférence internationale sur la population et le développement |
| CPN | Consultation prénatale |
| CS | Case de santé |
| CSI | Centre de santé intégré |
| EDSN/MICS | Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples |
| FIDA | Fonds international pour le développement agricole |
| FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| INS | Institut National de Statistiques |
| ISF | Indice Synthétique de Fécondité |
| IST | Infection sexuellement transmissible |
| IPPF | Fédération internationale pour la planification familiale |
| PDES | Plan de développement économique et social |
| PF | Planification familiale |
| RGP | Recensement General de la Population |
| RGPH | Recensement General de la Population et de l'Habitat |
| RISE | Résilience au Sahel Renforcée |
| SDSR | Santé et Droits Sexuels et Reproductifs |
| SSR | Santé sexuelle et reproductive |
| VBG | Violence basée sur le genre |

# Introduction

L'objectif de cette analyse est de donner des recommandations pour la conception des activités du projet afin de garantir que l'intervention s'inscrive dans le «Do no harm» (Ne pas causer des préjudices), et prenne en compte les raisons et les influences les plus profondes sur les comportements et les choix des personnes.

Le consortium en charge du projet représente un partenariat pionnier qui testera des approches innovantes, durables et évolutives pour atteindre certains des groupes les plus marginalisés du monde avec des services complets relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR). Face aux chocs permanents auxquels sont confrontés les groupes vulnérables dans les milieux fragiles et affectés par le changement climatique, cette approche globale du projet ASPIRE est fondée sur un cadre de résilience. Alors que le monde en développement est de plus en plus touché par le changement climatique et les crises humanitaires, le renforcement de la résilience devient une priorité essentielle si l'on veut permettre aux groupes vulnérables de s'adapter et de mener une vie saine et épanouie, dont l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) de qualité est une composante essentielle.

Les questions spécifiques que le consortium (dirigé par MSI Reproductive Choices, et dont CARE est l'un des partenaires) cherche à comprendre dans le cadre du nouveau projet multi-pays au Niger, Ouganda et Madagascar sont :

1. Le dynamiques sociales, culturelles, financières / économiques, logistiques et comportementales qui influencent l'accès aux droits de la santé sexuelle et reproductive - en particulier les normes sociales pour les personnes de tous genres ;

2. Les opportunités d'appuyer le partage d'informations, des services et des matériels accessibles pour les personnes de genres et d'âges différents afin de répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive ;

3. Si et comment les normes concernant la SSR interagissent avec les normes et attitudes sociales et de genre qui ont un impact sur la capacité des personnes de tous genres à renforcer leur résilience (par exemple, accès à la terre et aux ressources, prise de décisions économiques, travail rémunéré et non rémunéré, etc.)

Après deux ans de cocréation, la phase de lancement du programme se déroule de Octobre 2020 à Juin 2021. Pour informer les décision clé de la conception du projet, CARE devra conduire une analyse de genre pour comprendre les dynamiques de genre autour de la santé sexuelle et reproductive, y compris les barrières à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, et ensuite présenter les résultats au consortium.

# Méthodologie de travail

La présente recherche qualitative est réalisée pour évaluer le rôle joué par les normes sociales sur l'agentivité dans la création des possibilités de développement pour les hommes et les femmes, et dans l'accès aux services SSR et l'utilisation des produits contraceptifs en région de Maradi.

Ce travail examinera les questions suivantes: (1) Dans quelle mesure et comment les femmes exercent-elles leur *agency* dans des domaines comme le contrôle la liberté de mouvement, la prise des décisions concernant la constitution du couple, la planification familiale, et le droit à la parole dans la société, etc. et (2) Cette liberté de décision varie-t-elle en fonction de l'âge, du sexe, du statut du ménage, de l'ethnie, de la capacité de la résilience, etc. ?

L'étude cherche aussi à comprendre la relation entre les normes régissant les rôles masculins et féminins et la liberté de décision ou *agency* en mettant en évidence dans quelle mesure ces normes limitent les aspirations et réalisations des hommes et des femmes. *L'agency* des femmes peut être attribuée à leur capacité à prendre des décisions stratégiques concernant leur vie (Kabeer 1999).

La collecte sur le terrain devra permettre de comprendre davantage les freins et obstacles et clarifier comment les personnes prennent des décisions en termes de mariage, d'avoir des enfants et d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive.

**L'objectif de la présente étude** vise une meilleure connaissance du contexte pour mieux comprendre les dynamiques de genre autour de la santé sexuelle et reproductive, y compris les barrières à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Trois domaines de travail, comme précisés dans les termes de références orientent la présente analyse.

- Les obstacles sociaux, culturels, financiers, logistiques et comportementaux à l'accès à la SSR, y compris les dynamiques de pouvoir
- Les normes et comportements sociaux et de genre qui influencent l'accès et l'utilisation des informations, des services et des produits de SSR.
- Les facteurs qui facilitent l'accès des femmes et des hommes aux informations, services et produits en matière de SSR, ou ce qui pourraient y faciliter l'accès dans le futur.

**La démarche adoptée** pour cette étude est participative et requiert une participation active du staff de CARE Niger et de ses partenaires locaux dans i) la validation de la conception des outils ; ii) la collecte sur le terrain y compris dans l'interprétation et le traitement des données qualitatives. L'analyse genre a été partagée avec le staff ayant participé au processus de l'étude. Ainsi, le staff du projet et ses partenaires sont étroitement associés aux enquêtes de terrain en vue de créer une base de connaissances, portée par l'ensemble des parties prenantes du projet.

**Les outils de collecte** prévus sont essentiellement des guides d'entretien auprès des femmes, hommes et jeunes hommes et jeunes filles des communautés conjointement retenues en focus groupe. Des entretiens individuels avec des leaders hommes et femmes, des hommes pauvres et femmes pauvres, des hommes et femmes pauvres et discriminés (castes, etc.) ont aussi été réalisés sur la base de deux guides adressés aux femmes et aux hommes. Ces outils ont tous été testés dans le village de Bamo avant leur validation pour la collecte proprement dite.

**Quatre communautés** sont retenues en fonction de leur enclavement, leur proximité aux centres de santé, de leur capacité à porter le processus en termes d'expression libre face au projet, et de leur diversité géographique : elles sont réparties dans trois communes des deux départements d'intervention :

- Mai Janguéro situé à 2 km d'un CSI (commune de Tchadoua) et Dan Kada situé à (commune Aguié) dans le département de Aguié ;
- Kaguirka qui est le site le plus enclavé et le plus éloigné d'une formation sanitaire; et Rafa qui dispose d'une case santé, tous deux dans la commune de Gazaoua (département de Gazaoua).

La collecte et l'analyse des données sont basées sur la matrice d'analyse[1] des questions proposées par CARE, relative à la capacité adaptative des genres face aux défis démographiques et de SSR en région de Maradi. C'est un outil qui comporte 8 domaines horizontaux et 3 verticaux qui entretiennent entre eux une interrelation ; le croisement de ces domaines en tant que variables constituent les axes d'analyse.

L'**équipe** est composée de la consultante et de 10 cadres du projet, impliqués à plein temps qui ont travaillé pendant plus de 10 jours sur le terrain pour collecter des informations concernant les domaines suivant de la grille : la division du travail, la prise de décision dans les ménages, le contrôle sur les actifs, l'accès aux services et aux espaces publics, la participation dans la prise des décisions publics, le contrôle du corps et des relations, la violence basée sur le genre, les aspirations et l'estime de soi..

**TABLEAU 1: ECHANTILLON DES ENQUETES INDIVIDUELLES**

| | Sexe | | |
|---|---|---|---|
| Village | Femme | Homme | Total |
| Dan kada | 8 | 7 | 15 |
| Kaguirka | 8 | 8 | 16 |
| Mai janguero | 8 | 8 | 16 |
| Rafa | 8 | 8 | 16 |
| **Total général** | **32** | **31** | **63** |

En plus des 63 entretiens individuels, 10 focus groupes ont été effectués par communauté auprès d'hommes et de femmes vulnérables, des chefs de ménages, mais aussi des filles (de 12 à 15 ans) et des garçons (de 18 à 20 ans) célibataires, des leaders, relais communautaires (agent communautaire de santé), et des personnes marginalisées. Le choix des personnes (hommes femmes, filles et garçons) pour participer aux focus a aussi respecté cette catégorisation basée sur la vulnérabilité comme sus indiquée. Les autres catégories ont été choisies pour les rôles qu'ils jouent dans les communautés en matière de SSR et/ou leurs relations avec les questions de SSR.

En somme la présente étude s'est focalisée sur les ménages les plus vulnérables en individuel et en focus groupes. Ces entretiens qualitatifs ont permis de collecter des informations parfois au-delà des attentes des guides; ce qui a produit une collecte très riche. L'analyse a été facilitée par la participation du staff du projet, dont plusieurs capitalisent une expérience solide en matière de SSR en milieu rural pour y avoir travaillé dans le passé. Les échanges réguliers avec les équipes de collecte ont facilité le traitement des données qualitatives.

[1] Voir annexe

# Résultats de l'étude

## 1. Présentation des villages enquêtés

**Présentation du cadre d'étude**

Le cadre géographique de cette étude couvre quatre villages de la région de Maradi à savoir Kaguirka et Rafa pour le département de Aguié et Dan Kada et Mai Janguéro dans le département d'Aguié. Ils sont tous rattachés administrativement à Maradi, véritable carrefour des échanges commerciaux entre Niamey la capitale à l'ouest, la région de Zinder à l'Est, la région de Tahoua au Nord et le Nigeria au Sud.

Les quatre villages sont situés dans la zone agricole, à des échelles géographiques et dans des zones écologiques assez proches et apparentées.

### 1.1. Le village de Rafa

La population est forte, avec plus de 1 500 chefs de ménages avec une moyenne de 6 enfants, (450 chefs de famille[2]), et est estimée à plus de 5 000 habitants. Elle était, en 2012, de 2236 (1071 hommes et 1165 femmes) avec 314 ménages dont 274 d'entre eux agricoles au dernier recensement en 2012. Les ménages les plus grands décomptent plus de 40 personnes.

Cette croissance démographique accélérée rend très difficile l'accès à la terre avec l'apparition de paysans sans terre depuis déjà plus de 10 ans.

Rafa est situé dans la zone agricole à 25 km du Nigeria. Les champs sont fortement morcelés suite aux partages d'héritages successifs depuis 1973. Le niveau de fertilité des sols, souvent sableux, est préoccupant compte tenu de leur surexploitation. Les femmes ont ici droit à l'héritage qui prend en compte les grossesses

*«On laisse deux parts pour l'enfant qui n'est pas né. Si c'est une fille on lui donne une part et l'autre part donne lui à un nouveau partage»* (Focus group hommes de Rafa)

### 1.2. Le village de Kaguirka

En 2012, Kaguirka était peuplé de 1037 habitants (dont 535 hommes et 502 femmes) et 110 ménages dont 108 ménages agricoles. Aujourd'hui, le chef de village déclare 102 livrets de famille, avec en moyenne 5 ménages par livret; selon ce décompte le ménage moyen aurait environ 8 personnes.

La migration des jeunes est très développée, plus de 200 jeunes sont déjà partis. Les plus jeunes garçons qui ne sont pas inscrits à l'école, partent à l'école coranique et quittent le village avec leur marabout pour des contrées plus clémentes pour y mendier, travailler afin de se nourrir et étudier l'islam par la même occasion.

L'héritage, l'achat, le gage et la location sont les modes d'accès au foncier.

[2] Les chefs de famille disposent de livrets de famille, dans lesquels sont inscrits leurs fils mariés donc chefs de ménages avec les membres de leurs ménages. 450 chefs de familles élargies et 1500 chefs de ménages issus de ces familles élargies.

## 1.3. Le village de Dan kada

Village composé de deux entités Dan Kada I qui est enclavé et Dan Kada II au bord de la route (RN1), le chef résidant à Dan Kada I. Dan Kada I est formellement reconnu comme étant le premier village installé même s'il est enclavé et compte une population plus faible. Les populations des deux villages cohabitent dans la paix et entretiennent des relations sociales (mariage, baptême, etc.)

En 2012, Dan Kada I était peuplé de 438 habitants (201 hommes et 237 femmes) et de 42 ménages tous agricoles ; Dan kada II 458 habitants (199 hommes et 259 femmes) et 57 ménages tous agricoles. 110 familles au sein desquelles peuvent être décomptés 200 ménages. Ce village dispose de sols dunaires et argileux; avec la forêt classée de Dan Kada et une disponibilité foncière existe (convention foncière pour des parcelles de 0,25 ha pour 3 ans avec une redevance de 11000F). Ce mode d'accès est aujourd'hui majoritaire même s'il est inaccessible à environ 50% de la population. Les femmes qui ont perdu l'accès au *gamana* (parcelle de terre donné à la femme ou aux jeunes hommes célibataires de la famille), depuis fort longtemps, héritent et signent des conventions foncières avec le service de l'environnement.

## 1.4. Le village de Mai Janguero

Le village situé en bordure de la RN, était peuplé en 2012 de 2250[3] habitants dont 1099 hommes et 1151 femmes répartis dans 278 ménages et dont 221 agricoles. Aujourd'hui le nombre des ménages dépasse 500 avec quelques grands ménages dont certains peuvent atteindre 25 membres. Il est situé à moins de 5 km du chef-lieu de commune de Tchadoua dont il fait partie et 30km de Dankama a la frontière avec le Nigeria.

Il dispose d'une école primaire et d'une borne fontaine (reliée à la mini adduction d'eau potable de Tchadoua) et d'un puit.

Depuis 1984, suite à la crise écologique, le morcellement des terres a commencé, de même que la vente de terres pour migrer. La vente de terres est une pratique qui se poursuit ; elles sont achetées par les fonctionnaires, commerçants de Tchadoua et les personnes nanties du village. Le prêt de terre est une pratique qui n'existe plus, par contre la location (25.000F l'hectare) et le gage se développent. *«Plusieurs ménages de 20 personnes disposent d'un seul hectare ou moins, et le déficit alimentaire est chronique dans ces ménages qui sont très vulnérables»* (Focus group hommes leaders de Mai Janguéro)

Au moins 30 chefs de ménages sont sans terre et 20 parmi eux louent et prennent en gage des parcelles agricoles.

## 1.5. Eléments de conclusion sur les 4 villages

### 1.5.1. Au plan écologique du changement climatique

Les quatre villages sont dans la même bande agro-écologique. Les focus groupes rapportent **un raccourcissement de la saison des pluies avec une installation tardive des pluies au mois de juin – juillet et la fin de la saison pluvieuse en septembre-octobre comme éléments visibles du changement climatique.**

Un autre élément visible est la végétation qui a une prédominance d'acacias. La présence de rares tamariniers est observée à Rafa.

[3] Source : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2012.

### 1.5.2. Au plan du foncier agricole

**De nouvelles transactions foncières ont remplacé le don et le prêt qui ont quasiment disparu.** Le gage des terres a commencé avec les jeunes propriétaires qui mettent leur champ en gage pour aller en migration au Mali (orpaillage) ou en Lybie ; mais les opérations de prêt sur gage ont rendu le remboursement de l'argent impossible pour le gageur, et la vente du champ intervient au bout de 4 ou 5 années. La location des terres se développe aussi**.**

Les femmes ont progressivement perdu l'accès à la terre agricole; leurs *gamana (parcelle de terre agricole prêtée à la femme par son époux)* sont transmis aux fils mariés. Aujourd'hui les femmes âgées de 30 ans ne savent plus cultiver car elles n'ont pas appris dans les champs de leurs mères. Les femmes plus âgées qui pratiquent l'agriculture louent et prennent des champs en gage. Les femmes n'héritent pas dans la pratique du foncier agricole. Les conventions foncières (foret classée de Dan Kada environ 6000 hectares) octroyées par le service de l'environnement pour 1 hectare à 11000 pendant 3 années permettent aux habitants (hommes, et femmes dans une moindre mesure) de Mai Janguéro et Dan Kada aussi de disposer de terres complémentaires. **Le faible accès à la terre accroit la pauvreté féminine en milieu rural et diminue la résilience des ménages.**

### 1.5.3. Au plan de la solidarité familiale et communautaire

Les travaux d'entraide pratiqués dans les champs n'existent plus et ont fait place au salariat agricole, qui rémunère les plus vulnérables qui n'ont pas de champs ou qui disposent de petites superficies. A Rafa les vulnérables doivent se rendre au Nigeria pour vendre leur main d'œuvre pour gagner de l'argent. Cette situation s'explique par la parcellisation des exploitations agricoles, la monétarisation de l'économie, et **la dislocation de la solidarité inter familiale et communautaire**. La seule forme d'entraide qui persiste est le *mayda haywa* organisé par le gendre pour le sarclage du champ de ses beaux-parents et l'entraide lors de construction de la maison d'un jeune marié. Au niveau communautaire, les hommes font recours aux travaux d'entraide pour la fabrication des briques, la construction des infrastructures communautaires (mosquées, classes, etc.). Le ramassage des récoltes par les femmes qui s'organisaient à l'occasion des travaux d'entraide mutuelle est aujourd'hui assuré par les hommes. **L'effritement de la solidarité familiale et communautaire affaiblit le capital social, socle de la résilience des ménages pauvres.**

### 1.5.4. Au plan des activités économiques

**Tous ces villages pratiquent des cultures pluviales très sensibles aux changements climatiques** comme le mil, le sorgho, le niébé, l'arachide, le sésame, le souchet (pois sucré), le voandzou (pois de terre), et l'oseille ; ils pratiquent également des cultures maraîchères (oignon, tomates, manioc, courges, ...). «L'arachide qui était la principale culture de rente et d'exportation a connu une baisse de production à partir de 1989. **La sécheresse des années 1972 avait déjà détourné les paysans vers la production vivrière en vue d'assurer une sécurité alimentaire; ainsi, le niébé a progressivement remplacé l'arachide»** (Diarra Marthe, 2001).

**Les principales activités économiques de ces villages demeurent,** bien entendu, l'agriculture et l'élevage auxquelles s'ajoutent diverses activités commerciales (échanges avec le Nigeria, Gazaoua, Aguié, Tchadoua et Maradi) et artisanales (tissage des nattes, confection des cordes, forge), **presque toutes sensibles aux risques du changement climatique, renforçant ainsi la vulnérabilité des ménages.**

### 1.5.5. Au plan social et politique

L'Islam s'est introduit dans ces villages qui étaient de tradition animiste depuis environ une soixante années et touche aujourd'hui toute la population. **La religion a une grande emprise sur les jeunes migrants en particulier ceux qui vont en migration vers le Nigeria et la Lybie. Avec l'islamisation, on observe la généralisation de la polygamie dans tous les sites avec plus de 65% de ménages polygames selon les focus groupes.**

Au niveau de la politique locale, la décentralisation a engendré un pluralisme politique (13 partis politiques présents à Mai Janguéro, dont un des conseillers a exercé la fonction de maire de la commune de Tchadoua). La forte implication de la chefferie traditionnelle lui a permis de récupérer cette nouvelle forme de pouvoir à travers les élections locales et législatives. Ceci est vrai pour Mai Janguéro, les autres villages ne disposent de ressortissants au niveau du conseil communal. Les femmes sont peu présentes dans l'arène politique. Le développement du leadership féminin au-delà des communautés est nécessaire afin qu'elles puissent intégrer les instances de prise de décisions et qu'elles prennent en charge leur propre développement.

# 2. Les obstacles à la SSR, y compris les dynamiques de pouvoir

## 2.1. Les facteurs sociaux et culturels obstacles à la SSR

### 2.1.1. Participation des femmes et des hommes a la dynamique de pouvoir

#### 2.1.1.1. Pouvoir patriarcal et gérontocratique

**Dans les différents comités villageois, les femmes sont peu représentées sauf dans les structures féminines qu'elles gèrent elles-mêmes. Partout ailleurs le pouvoir communautaire est exercé par les hommes; en somme ils décident des questions les concernant, mais aussi des questions concernant les jeunes et les femmes dans tous les domaines de la vie communautaire.**

Les femmes ont une faible capacité à participer aux espaces de prise de décisions communautaires; cela pose la problématique de l'inégalité sociale à travers la faible représentativité des femmes dans les instances de prise de décision y compris les prises de décisions concernant leurs propres vies.

La majorité des comités cités lors des focus sont gérés et s'adressent en termes de réponses à des besoins exprimés par les hommes: *«le comité des agriculteurs nous aide à avoir des semences et engrais et nous sensibilise sur les menaces de pluie puis sur le problème entre agriculteurs et éleveurs; il aide les hommes et les femmes âgées. »* (Focus jeunes hommes de Kaguirka). Les jeunes femmes du fait de leur faible accès aux terres agricoles et de leur dépendance aux chefs de ménages, ne participent pas et ne sont pas directement prises en charge par ce comité. Il en est de même pour les jeunes filles qui sont absentes de toutes les dynamiques villageoises car elles ne sont pas perçues comme étant des actrices à part entière au niveau communautaire**.**

Les femmes âgées sont intégrées dans les comités de gestion de l'eau, le comité d'assainissement et y sont très actives comme chargées de l'hygiène et du balayage qui sont considérés comme relevant de leur compétence.

**Les jeunes filles affirment partout que le comité de santé ne les intègre pas dans ses activités**.

*«Ce comité de santé nous sensibilise à travers la visite à domicile sur les PF, CPN et CN» (Femmes de Mai Janguéro)*

*«Ce comité de santé ne nous aide pas nous les jeunes filles du village» (Focus group jeunes filles de Mai Janguéro).*
*«Les exclus sont les jeunes filles et les jeunes garçons, car on nous considère comme des petites filles et des petits garçons» (Focus group jeunes filles de Rafa).*

L'influence des femmes leaders des associations est limitée au niveau des femmes membres des dites associations et les femmes leaders des partis politiques exercent leur influence sur les femmes de leur parti politique et organisent des activités de mobilisation. L'influence des femmes leaders traditionnelles se résume à un rôle relai entre la sphère communautaire des hommes et celle des femmes.

*«Elles passent les informations et assurent la mobilisation des femmes en cas de besoin; elles sont vues comme étant des femmes braves. » (Focus group jeunes hommes de Dan Kada).*

Les jeunes filles se retrouvent dans des groupes féminins informels de jeunes filles, au sein desquels elles se regroupent afin d'assurer une bonne organisation lors de leur mariage. Tandis que les jeunes hommes se retrouvent dans des espaces d'échanges et de loisirs non structurés (fadas).

L'espace public semble être investi par les hommes. Les plus âgés sont en avant garde. Il en est de même pour les femmes âgées y participent pour représenter les autres femmes. **Le pouvoir patriarcal et gérontocratique constitue des obstacles rédhibitoires à la participation des femmes et des jeunes aux affaires publiques, d'où la probabilité de non prise en compte des besoins pratiques et des intérêts stratégiques de ces groupes vulnérables.**

#### 2.1.1.2. Les femmes des groupes MMD émergent dans l'arène publique

**Des associations féminines organisées autour des tontines émergent** et intègrent la vie communautaire à travers le crédit concédés aux non-membres, à travers des activités comme la gestion de banque céréalières, de renforcement de capacité en nutrition, etc. Ces espaces procurent aussi des biens (céréales, ruminants, etc.) et des connaissances en fonction des projets avec lesquels les femmes membres entretiennent des relations.

Dans les villages où les groupes MMD existent, les femmes sont conviées aux réunions communautaires et participent aux prises de décidions argumentant leur position même si la décision finale est certes prise par les hommes les plus influents.

Au niveau des réseaux (regroupements des groupes MMD), les femmes peuvent revendiquer leurs intérêts, en cas de besoins. Les groupes et réseaux MMD constituent des groupes et réseaux de solidarité qui impacte la communauté en termes de partage de bénéfices comme le crédit qu'ils octroient aux non-membres à travers les membres pour des besoins économiques et des urgences sociales (santé, baptêmes etc.).

La structuration MMD des femmes a ouvert un nouvel espace collectif pour les femmes dans lequel elles participent pleinement et décident pour elles en tant que membres. Cet espace des femmes pourrait se développer et s'ouvrir aux hommes en termes de partage de bénéfices (exemple banques céréalières, partage de connaissances / compétences spécifiques en lien avec des domaines de compétences qui sont reconnus aux femmes comme la nutrition, la bonne gestion, etc.).

**Une entrée du projet ASPIRE par les groupes MMD serait favorable pour les activités en lien avec la communication. Mais tous les espaces de jeunes filles et jeunes hommes et femmes sont des espaces d'échanges libres qui peuvent servir de cadre d'animation et de renforcement des capacités y compris en matière de SSR.**

**Les hommes âgés et les femmes âgées influencent beaucoup le système de valeurs de la communauté.** Leurs appuis peuvent être décisifs pour les jeunes hommes et surtout pour les jeunes femmes dans le cadre d'une meilleure compréhension de leur santé et leurs droits de santé sexuelle et reproductive, de leur accès aux contraceptifs et aux autres services de santé sexuelle et reproductive.

### 2.1.2. Construction sociale du potentiel de réussite, basé sur les enfants

**Un des facteurs d'ascension sociale déclaré par tous, hommes et femmes est le nombre d'enfants.** Un nombre élevé d'enfants est atteint à travers la polygamie. La majorité des ménages des sites ciblés abritent deux épouses. Les jeunes financent eux-mêmes leur mariage avec le revenu de la migration dans les sites aurifères. «*Les jeunes qui vont dans les sites aurifères se marient à leur retour. Il y a des jeunes de moins de 25 ans qui sont mariés avec 3 femmes; c'est la compétition entre eux*». (Focus hommes Dan Kada, Mai Janguéro, Focus femmes de Rafa). Les épouses sont généralement très jeunes, âgées de 14 à 16 ans (Dan Kada). La tranche d'âge maritale des filles mariées de Dan Kada, démontre de la persistance des pratiques traditionnelles néfastes et par voie de conséquence le problème de la déscolarisation de la jeune fille et/ou son retrait du système au vue du rôle de genre

La réussite sociale dans le contexte des communautés visitées est extrêmement importante. Elle est d'abord basée sur le poids social, en terme de représentativité sociale et de capacité de prendre des décisions communautaires offert à un tel chef de ménage. **Le nombre d'enfants garantit une réussite qui permet au chef du ménage de côtoyer le pouvoir traditionnel et de disposer d'un capital social qui sert beaucoup dans les échanges et le renforcement de la résilience**.

Pour les femmes, la fécondité est une preuve de féminité et impose le respect de la part de l'époux qui recherche les bénédictions de ses enfants: elle est un objet de rivalité entre les épouses «*celle qui a beaucoup d'enfants est plus respectée par le mari*» (focus group femmes Dans Kada, Rafa, etc). Cette course à la procréation entre coépouses traduit la méconnaissance des droits à la SR et des conséquences de la maternité multiple parfois trop rapprochée sur la santé maternelle et infantile (MMI, Malnutrition etc.). En outre les enfants surtout les fils constituent pour leurs mères une assurance vieillesse car ce sont eux qui hébergent leur vieille mère et lui assurent sa nourriture journalière. «*Les filles aussi contribuent beaucoup à travers l'habillement et bien d'autres petits soins spécifiques* » pour leur vieille mère. A cet effet, l'Initiative Spotlight (programme avec financement UE, 2018) confirme que «les femmes ménopausées sont victimes de discriminations car elles s'inscrivent désormais dans une dynamique de désutilité conjugale». **La femme en ménopause n'est plus «visitée» ni entretenue par le mari. Elle est prise en charge par ses enfants, et donc plus elle en a, plus elle se sent sécurisée.**

**Les *bikis* ou cérémonies de baptêmes ou de mariages des fils et filles est un moment important dans la vie des femmes qui prouve leur capacité de mobilisation sociale**. C'est le jour où elles accumulent le plus de ressources financières et de biens (cadeaux). Beaucoup de femmes veulent organiser ces cérémonies de baptêmes dans une périodicité raisonnable pour ne pas perdre dans les échanges mutuels avec les autres femmes du réseau (les cadeaux sont offerts du simple, au double en retour) *«Si celle à qui vous avez offert un cadeau accouche encore une fois et même deux fois avant vous, alors vous perdez dans les échanges; l'idéal est que vous accouchez l'une après l'autre»* (Focus group femmes Mai Janguéro). Le revenu de ces échanges est investi dans les AGR, l'alimentation du ménage et autres besoins. **Les actions de sensibilisation sur la PF devraient cibler les jeunes femmes qui entretiennent une dynamique pronataliste à travers ces pratiques susmentionnées.**

Le report de ces festivités à la période d'après récolte, du fait de la vulnérabilité des ménages, est presque généralisé (plus de 27 baptêmes reportés à Mai Janguéro) au niveau des ménages pauvres. Par contre à Rafa un report de deux semaines est observé pour donner au couple le temps d'organiser la cérémonie de baptême.

Le mariage est aussi une occasion pour le ménage de disposer d'un trousseau de mariage et d'un stock de vivres alimentaires pour le couple (*gara*) qui peut durer de 3 à 12 mois en fonction de la situation économique des parents de la jeune fille et de leur capacité à mobiliser les cadeaux à travers leur réseau social.

Les festivités constituent des périodes de dépense certes, mais surtout de capitalisation de biens pour le ménage qui organisent les cérémonies de baptême et de mariage. Ces festivités sont aussi des facteurs qui permettent de mesurer la capacité de mobiliser les réseaux familiaux et des affins (de la femme, du mari, des fils et des filles des belles familles et des amis). Une grande mobilisation traduit l'importance sociale de celui ou celle qui organise la fête.

Cela explique aussi, en partie, l'importance d'avoir une grande famille.

**Les questions de sensibilisation sur la PF devraient davantage cibler les jeunes hommes qui développent et entretiennent une dynamique pro-nataliste pour des raisons sociales, de renforcement de la résilience à construire sur base de facteurs sociaux internes et de facteurs externes comme la migration des fils.**

### 2.1.3. Fécondité élevée et construction de la résilience de ménages

**Le nombre élevé d'enfants est perçu comme une stratégie de survie pour le renforcement de la résilience du ménage.**

En effet, la résilience des familles d'antan était bâtie sur le nombre d'enfants pour assurer les travaux agricoles dans les grandes exploitations familiales. Aujourd'hui le morcellement des exploitations agricoles, conséquence des crises écologiques, a engendré une réduction parfois drastique de la taille des parcelles agricoles familiales, qui ne nécessitent plus le recours à une main d'œuvre agricole nombreuse (nombre élevé d'enfants). **Cependant le schéma social n'a pas changé avec la croyance collective que «*ce sont les fils et les filles qui assurent la prise en charge des personnes âgées plus tard*». La réalité sociale permet d'affirmer que ce sont eux qui assurent encore la prise en charge des familles à travers la migration, la mendicité des plus jeunes, les AGR des filles etc**.

La réussite recherchée est aussi économique car un nombre élevé d'enfants est aussi l'espoir de trouver parmi la fratrie, l'enfant prodige, «**l'enfant béni**», qui éradiquera définitivement la pauvreté de la famille.

**La quête de résilience est toujours perçue comme étant collective dans la logique sociale qui régit les sites enquêtés**: plus le ménage est grand, plus les stratégies sont nombreuses et plus la résilience est renforcée. La migration ne semble pas avoir encore renversé cette vision chez les jeunes qui sont engagés dans une dynamique concurrentielle de polygamie. **Les besoins des femmes et des chefs de ménages sont plus grands et imposent un maximum d'enfants voulus par les hommes et les femmes**.

#### 2.1.3.1. La contribution de la femme au revenu du ménage

La contribution de la femme à l'alimentation est de plus en plus importante. La norme sociale tend à attribuer à la femme la responsabilité de nourrir ses enfants et de se prendre en charge lorsque le chef de ménage ne peut le faire. Cette situation peut durer plusieurs mois s'il n'a pas d'activité économique rentable; même en exode sa contribution est loin de satisfaire les besoins alimentaires du ménage. A Dan Kada, Mai Janguéro la majorité des jeunes femmes assurent leurs besoins alimentaires avec l'appui de leurs parents pendant la période d'absence de l'époux. Des cas de pratique de mendicité par ces femmes sont mentionnés au cours des focus de tous les sites, et de commerce de sexe à Dan Kada seulement. Cet état de fait pose la problématique de la violence basée sur le genre à l'endroit des

femmes tout en exposant aux maladies sexuellement transmissibles. Et cela amène aussi les hommes à mendier; cette réalité est déclarée dans tous les quatre sites.

Les mères, les femmes âgées mariées, les veuves et les femmes divorcées, se déplacent pour acheter et pour vendre de marché en marché. Des femmes plus nanties vont à Katsina au Nigeria pour acheter des produits qu'elles vendent sur place. «*Des femmes âgées mariées vont jusqu'à Kano au Nigeria pour acheter le trousseau de mariage de leur fille*» (focus group hommes de Mai Janguéro). Les femmes les plus pauvres font aussi le pilage, le vannage et autres tâches domestiques pour les femmes plus nanties (Focus groupe Femmes de Rafa).

**Les activités non agricoles, non pastorales assurent de plus en plus l'alimentation familiale sur toute la période de soudure qui commence de janvier à mars selon la vulnérabilité du ménage.** Pendant les périodes de soudure, : la vente de bois, la mendicité, l'aide en grains collectée auprès du réseau familial (amis et parents et personnes nanties comme chefs village), des prêts en espèces (sans intérêts partout) auprès des personnes plus nanties, constitue aussi des stratégies développées par les ménages au niveau des hommes comme des femmes plus âgés. Les hommes et les jeunes hommes partent en exode hors du pays, cela n'est pas encore observé chez les femmes, sauf à Rafa où les femmes non mariées vont travailler au Nigeria comme salariées agricoles, domestiques et autres AGR.

**La contribution de plus en plus élevée des femmes dans le revenu des ménages pourrait aussi favoriser le développement de la polygamie. Par ailleurs les femmes âgées et celles non mariées jouissent de plus de liberté d'action sur le plan des activités économiques avec une plus grande mobilité.** Elles ont la liberté de décision concernant leurs activités économiques. Celles mariées doivent avoir l'autorisation de leur époux qui leur donne la liberté d'exercer dans le champ du faisable, délimité par les normes en termes d'activités et de conditions possibles. Les plus jeunes femmes mariées peuvent aussi avec l'accord de leur époux exercer des activités qui ne requièrent pas de mobilité, c'est à dire à l'intérieur de leur maison comme la préparation de galettes, vente de condiments, vente de hijabs (voiles des femmes), etc. Dans leur grande majorité elles exercent en saison des pluies les activités agricoles pour le ménage et/ou pour elles-mêmes (sur des terres prêtées louées prises en gage ou encore rarement leur propres terres héritées ou achetées). Les plus âgées combinent leurs activités de saison sèche et de saison de pluies. **L'accès des femmes aux activités génératrices de revenus contribue à leur empowerment économique et social. Le développement de cette relative autonomisation financière des femmes est en faveur de leur accès à la SSR.**

#### 2.1.3.2. Etapes de vie: contribution des fils et des filles

La contribution attendue est multiple et dépend du sexe et de l'âge des enfants. Les focus ont fait paraitre plusieurs étapes de vie: Le nouveau né (jusqu'à 6 mois); puis l'enfance avec généralement 3 sous étapes (7 mois à 3 ans; de 3 ans à 7 ans : et de 8 ans à 14 ans) qui prennent fin à 14 ou 15 ans selon les focus groupes. Cette répartition est basée sur les types de relations entretenues avec l'enfant:

- Le nouveau né: la dépendance totale à la mère qui doit se charger de ses soins.
- A partir de 7 mois il peut être gardé par une tierce personne comme la grand-mère généralement paternelle qui vit dans le même domicile;
- Après 3 ans, il peut être avec sa mère, ses frères et sœurs plus grands. Il nécessite moins d'attention.
- A partir de 7 ans et même un peu avant, jusqu'à 14 ans, l'enfant commence sa contribution dans le ménage: garçons et filles aident dans les activités domestiques. Les garçons ne font pas la cuisine et ne pilent pas. Mais ils font la vaisselle, la lessive, l'approvisionnent en eau, en bois, nettoyage de la maison; les plus grands assurent aussi les soins aux animaux. Les filles

s'exercent à toutes les activités domestiques. Elles commencent à cuisiner et à piler dès 10 ans. Ce sont ceux de cette tranche d'âge qui contribuent aussi dans la réalisation des activités productives du ménage: les garçons travaillent au champ avec leur père, les filles avec leurs mères, ils aident aussi dans les soins donnés aux jeunes frères et sœurs.

Les jeunes garçons (de 7 à 14 ans) partent avec leur marabout[4] pendant la période de soudure. Cet enseignement coranique toujours couplé à la mendicité pour apprendre l'humilité est maintenant une occasion pour ces talibés (élèves de l'école coranique) de travailler comme domestiques pendant leur temps libre. Cela leur permet de faire des envois d'argent issus de leur revenu (mendicité et travail) aux familles laissées au village. Les plus grands garçons parmi eux épargnent aussi pour préparer une migration plus porteuse vers le Nigeria ou le nord du pays des 15 ans ; et plus tard vers le Mali ou la Lybie si cela est possible.

Les jeunes femmes non mariées et les jeunes filles développent plus de stratégies économiques, combinées à la mendicité et aux demandes d'appui aux parents et amis; ces jeunes femmes font de plus en plus recours à la migration dans les villes communales les plus proches Aguié, mais aussi au Nigeria ; par exemple celles de Dan Kada ont évoqué la migration dans les villes proches, comme Aguié pour y travailler comme domestiques[5]. Les femmes font aussi recours aux prêts pour exercer des AGR.

Les plus jeunes, exercent la vente ambulatoire pour leur mère ou une autre femme en échange de numéraire, qu'elles remettent à leur mère (Rafa). Elles sont mariées dès 15 ans et quittent leur famille parentale. Lorsqu'elles ne se marient pas après 18 ans, elles partent en migration au Nigeria pour travailler comme domestique ou dans le maraichage (cas de Rafa).

**L'appui aux activités domestiques est perçu comme prioritaires pour la jeune femme qui doit se focaliser sur ces activités au détriment de celles productives**. Les plus jeunes garçons participent au ramassage et vente de paille, des fruits de cueillette, de confection et vente de briques; la fille aide dans la réalisation des activités domestiques qui sont très pénibles avec le nombre de jeunes enfants dans le ménage.

Dans l'ensemble, les rôles joués par la progéniture dépassent le domaine de la sécurité alimentaire et intervient dans tous les domaines de la sécurisation des conditions de vie des ménages.

*«Un de mes enfants est tombé malade et nécessitait une intervention urgente à Maradi pour la somme de 100.000F. Deux autres en migration ont cotisé 80.000F, et j'ai complété 20.000F. Si je n'avais pas beaucoup d'enfants comment j'allais faire? Cet enfant malade allait mourir.»*

*«Il est certain que le ménage souffre beaucoup pour entretenir plusieurs enfants pendant leur enfance, mais après cette étape, ce sont les bénéfices qui affluent pour nous les parents et pour la prise en charge des plus jeunes… ». (Entretien Dan Kada).*

Les jeunes hommes constituent la main d'œuvre familiale pour tous les travaux de construction, d'entretien (maisons, hangars, greniers etc.) et les activités économiques. C'est pour cette raison que tous ne partent pas en migration, le plus jeune reste pour appuyer les parents dans diverses tâches.

---

[4] Enseignant de l'école coranique qui se déplace du village vers la ville pour des offices religieux, enseigner en même temps les enfants qui sont tenus de mendier (apprentissage de l'humilité) et travailler pour survivre. Généralement ils partent après la récolte et reviennent juste avant les travaux des champs.

[5] Mai Janguéro est le Site ou le coût de la dot est le plus élevé du fait de la surenchère provoquée par les orpailleurs. Les filles n'arrivent plus à se marier avant 16 ans. L'impact pour les filles scolarisées est qu'elles sont nombreuses à fréquenter le collège.

### 2.1.3.3. La contribution du ou de la chef(fe) de ménage

Le rôle premier du chef de ménage est d'organiser et d'effectuer les travaux agricoles. Il assure aussi la supervision quotidienne du champ (ennemis de culture, travaux à programmer), la gestion des biens du ménage qui lui sont confiés. De plus en plus chaque membre du ménage gère ses biens et intervient directement dans la prise en charge des besoins collectifs comme l'alimentation. La femme cheffe de ménage joue le même rôle si ses fils sont encore jeunes. Et lorsqu'ils grandissent ils deviennent les chefs de l'exploitation agricole.

Lorsque le chef de ménage est présent au village, il assure la préparation de son repas et *du sous-ménage dans lequel il se trouve.* La prise en charge totale du ménage c'est à dire de toutes ses épouses et leurs enfants par l'époux se fait seulement pendant la période des récoltes.

Les femmes cheffes de ménage apportent une grande contribution à leur ménage. Les autres femmes enquêtées voient en elles des femmes courageuses et battantes, alors que les avis sont très partagés chez les hommes qui les perçoivent aussi comme «*des irresponsables quant à l'entretien du ménage ou des incapables pour l'éducation des enfants*». Tous admettent qu'elles constituent un groupe vulnérable qui a recours à la mendicité, et pour les plus jeunes au commerce de sexe pour la survie des jeunes enfants.

### 2.1.3.4. De multiples stratégies pour la résilience des ménages

**TABLEAU 2: LES STRATEGIES EMPLOYEES POUR LA RESILIENCE DES MENAGES**

| Hommes | Stratégies pour la resilience | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Village | Agriculture | Exode rural | Petit commerce | Salariat agricole | Mendicité | Taxi moto | Total général |
| Dan Kada | 0% | 14% | 43% | 29% | 0% | 14% | 100% |
| Kaguirka | 25% | 13% | 38% | 0% | 25% | 0% | 100% |
| Mai Janguéro | 0% | 25% | 38% | 38% | 0% | 0% | 100% |
| Rafa | 0% | 25% | 38% | 13% | 25% | 0% | 100% |
| **Moyenne** | **6%** | **19%** | **39%** | **19%** | **13%** | **3%** | **100%** |

Le chef de famille, comme les femmes et les enfants, effectue aussi le petit commerce comme la vente de bois, de la paille, des activités génératrices de revenus (AGR), la migration, les travaux salariés domestiques (collecte eau, bois, pilage etc.) ou agricoles, etc. La mendicité est également mentionnée comme une activité - elle n'est plus seulement pratiquée par les personnes vivant avec un handicap, mais par les épouses de migrants, les chefs de ménages vulnérables dans les villages voisins, au Nigeria, etc. Cela démontre le manque d'options pour répondre aux besoins de leur famille."

En saison de pluies, pour nourrir la famille, le chef de ménage ou les grands fils travaillent, un jour sur deux, comme salariés agricoles sur un autre champ (au Nigéria, car les exploitations agricoles ici ne nécessitent plus de main d'œuvre salariée,) afin d'assurer l'alimentation du ménage durant la saison de grands travaux agricoles. Les ménages n'arrivent plus à faire un stock de céréales pour garantir l'alimentation en période des travaux agricoles. Cette déstabilisation dure depuis longtemps: «le choc de la sécheresse (1974) semble avoir été déterminant dans son déclenchement de la pénurie alimentaire. Toutefois, le mouvement s'est poursuivi même après le rétablissement d'un régime pluviométrique plus normal. Cela suggère l'existence de causes plus profondes et plus durables parmi lesquelles on peut évoquer une inadéquation chronique du niveau de la production agricole par rapport à celui des besoins des ménages...» (GREGOIRE Emmanuel et RAYNAUT Claude, 1980). Cette inadéquation a continué à se creuser depuis cette première grande crise écologique (1974) en défaveur des besoins des ménages

ruraux à travers l'amenuisement des terres agricoles par ménage et l'accroissement numérique des membres des ménages.

### 2.1.4. Prises de décision: composition de la famille et mariage des fils et filles

**TABLEAU 3: PRISE DE DECISION EN MATIERE DE REPRODUCTION**

| Qui décide d'avoir des enfants | Selon les femmes | Selon les hommes |
|---|---|---|
| Les deux | 50% | 14,81% |
| Les hommes | 30% | 77,77% |
| Les femmes | 20% | 7,42% |

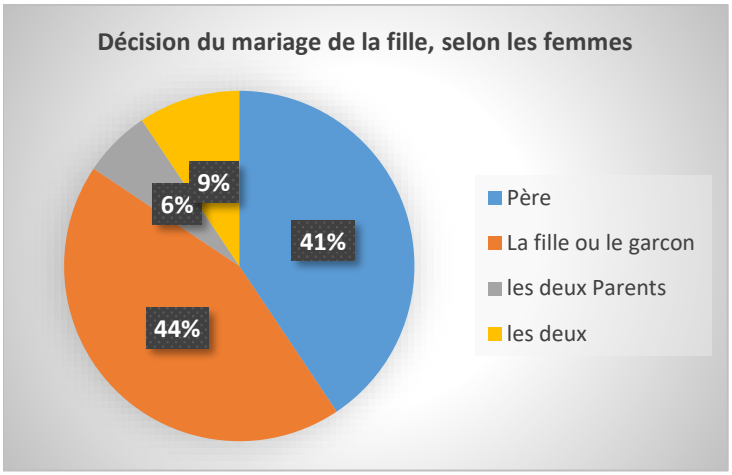
Les femmes ont une vision plus favorable quant à leur participation aux prises de décisions concernant leur fécondité, alors qu'elles déclarent décider seule à 20%, les hommes estiment que seule 7,42% prennent cette décision seule.

Les hommes qui estiment être les seuls détenteurs de la décision à 77,77% et seulement 30% des femmes estiment que les hommes la prennent seuls. Les femmes déclarent une prise de décision conjointe à 50% pour 14,81% des hommes.

Les femmes parlent de négociation pour l'accès aux services de SSR, et particulièrement pour la PF. Cela augmente leur perception d'une plus grande participation à la prise de décision. Par contre la faible prise de décision par les femmes seules (voir tableau ci-dessus) dénote, sans doute, la faible capacité d'accéder aux services de santé du fait d'une relative autonomie financière de la femme ou encore un accès aux contraceptifs à l'insu des époux; *«si le mari refuse, la femme va au centre à son insu et peut faire la piqûre»* (Focus group femmes de Dan Kada).

Le tableau 3 ressort une manifestation du pouvoir masculin en ce qui concerne le contrôle de la procréation (77,77%) contrairement à **la vision des femmes pour qui cette décision doit être prise par les deux d'où la nécessité d'instaurer un dialogue au sein du couple sur les questions sexuelles et reproductives**.

#### 2.1.4.1. Le mariage précoce




C'est généralement le père qui décide du mariage des enfants. Les jeunes filles et garçons estiment qu'ils choisissent leur conjoint, même si des cas de mariage forcés persistent et sont déclarés par les filles (28,12% de l'échantillon); le père décide à qui donner sa fille en mariage.

Les jeunes hommes reconnaissent aussi cette pratique à leur égard qui consiste à leur donner le choix parmi 3 à 4 filles de la communauté qui leur sont proposées par les parents.

Les jeunes hommes estiment que cette décision revient au père de la fille à 61%; la mère intervient dans 6% des cas, les deux parents à 13%, et dans seulement 19% des cas les jeunes décident eux-mêmes.

Une résistance de la fille ou du garçon peut engendrer dans la majorité des cas des conflits familiaux et même le renvoi de la maison familiale. La presque totalité des femmes préfèrent et aspirent au changement avec plus de choix du conjoint laissé à la fille, mais 68% sont d'accord avec la pratique qui consiste à laisser le choix aux parents, parce que «*ce sont les normes culturelles et qu'elles ont toujours existé*»; Il en est de même pour les jeunes hommes (67%): *« Oui c'est mon expérience, mon père a fait le choix pour mes deux femmes, j'aimerais imposer à mes enfants aussi»* (Dan Kada). Même des plus jeunes hommes qui sont célibataires trouvent la pratique normale, parce que ce sont les coutumes.

L'âge moyen au premier mariage des filles est 13,09 et varie selon les sites (déclaré par les entretiens individuels) et la femme réside chez son époux après le mariage. Selon les hommes et les femmes consultés dans les focus groupes, l'âge des jeunes filles au premier mariage est le suivant:

- De 12 à 20 ans pour Dan Kada
- De 10 à 25 ans à Mai Janguéro
- De 13 à 18 ans pour Kaguirka
- Et de 12 à 18 ans à Rafa

Mai Janguéro a la plus jeune fille donnée en mariage (10 ans), et les plus âgés des jeunes filles et jeunes garçons mariés (premier mariage 25 ans pour un garçon, 20 ans pour une fille).

Eu égard à tout ce qui précède, on assiste à une iniquité et une inégalité de genre et à la violation des droits humains notamment le droit à la participation des jeunes filles et garçons. En effet, l'âge des jeunes hommes au premier mariage avoisine les 20 ans et peut être aussi tard que 30 ans:

- Dan Kada: de 18 ans à 30 ans
- Mai Janguéro: de 18 ans à 30 ans
- Kaguirka: de 16 ans à 25 ans
- Rafa: de 18 à 25 ans pour les garçons

Le mariage précoce persiste encore partout; *«entre 14 à 16 ans, c'est vraiment très fréquent de marier les filles dans notre communauté; mais à Mai Janguéro où les frais de mariage sont en hausse à cause des orpailleurs qui ont fait grimper le montant de la dot, les filles restent plus longtemps à l'école car les autres jeunes hommes doivent travailler plus longtemps pour accumuler le montant nécessaire de la dot ; plusieurs filles fréquentent le collège situé à moins de 5 km»* (Focus group Femmes de Dan Kada). La scolarisation est véritablement un facteur qui a un effet sur le recul de l'âge au premier mariage. Mais refuser d'inscrire la fille à l'école est une option qui existe encore et qui permet de les marier même à l'âge de 10 ans comme mentionné toujours à Mai Janguéro.

Une fois au collège, certaines jeunes filles abandonnent elles-mêmes, choisissant de se marier comme les autres ; elles expliquent qu'elles décrochent aussi par manque d'appui financier concernant divers frais liés à la scolarité que les parents ne peuvent pas supporter; *«Des filles choisissent aussi de quitter l'école parce que leurs amies se sont mariées et par peur de devenir vieille fille; il y a présentement ici un cas d'une fille qui a cessé d'aller à l'école parce qu'elle préfère se marier»* (Focus Femmes de Rafa).

Dans l'ensemble les jeunes hommes et les jeunes filles se marient assez tôt, les filles plus tôt que les garçons.

La hausse de la dot pour les jeunes hommes est un facteur qui décourage les mariages. La baisse de la dot est socialement utilisée pour encourager les mariages des jeunes, comme sur le site test de l'enquête (Village de Bamo). Le mariage précoce est encore vivace et à sa place dans les communautés villageoises. Il arrive que des collégiennes se marient et poursuivent leurs études. C'est une des alternatives qui est localement trouvée.

**La polygamie**

Les focus groupes ont rapporté des cas de polygamie assez élevés:

- A Mai Janguéro: 75% des ménages sont polygames; 50% avec deux épouses, 20% avec 3 épouses et 5% avec 4 épouses.
- A Dan Kada: 60% avec deux épouses, 5 % ont 3 épouses et 1 seul, le chef de village en a 4.
- Rafa: 60% des ménages ont 2 femmes, 20% ont 3 épouses et 5% ont 4 épouses
- Kaguirka: 60% ont 2 femmes ; seulement 3 hommes maris de 3 femmes, et pas de ménage avec 4 épouses

*«Les ménages monogames sont dirigés par des hommes vulnérables, si non un homme qui est à l'aise doit être capable de prendre plusieurs femmes en mariage»*
(Focus Rafa, Dan Kada, et Mai Janguéro)

La claustration[6] est pratiquée à Rafa dans le quartier des marabouts et dans une moindre mesure à Dan Kada par des jeunes revenus du Nigéria.

*«Un homme monogame à 35 ans, est très vulnérable c'est à dire qu'il n'a pas trouvé les moyens de prendre une seconde épouse; sinon il y a ici des polygames âgés de 25 ans avec 3 épouses parmi les jeunes migrants»* (Focus group Mai Janguéro).

Il y a environ soixante ans, la célébration des mariages était rationnelle car ils étaient organisés par le chef de famille qui faisait en sorte que chaque membre ait droit à son premier mariage d'abord. «Depuis vingt ans les ménages polygames sont devenus plus nombreux ; les jeunes migrants se sont d'abord mariés à une ou plusieurs femmes. Les femmes étaient prises en charge, habillées et nourries par les hommes et elles travaillaient en contrepartie énormément dans les champs comme main d'œuvre familiale ; cette polygamie était aussi économique et les femmes étaient considérées comme des compagnes pour le pire *abukkan wahala*.» (Marthe Diarra, 2001).

Les focus groupes rapportent aujourd'hui une polygamie très présente avec des ménages de 3 et 4 femmes en augmentation par rapport aux années 2000. Le nombre d'épouses est certes une stratégie pour la recherche d'élargir la famille; elle est aussi une stratégie pour le renforcement de la résilience des ménages avec l'arrivée de nouvelles épouses dynamiques exerçant des activités économiques. Ces stratégies sont moins porteuses économiquement, mais socialement plus pérennes dans le contexte rural et viennent en appui à des stratégies existantes. **Cette multiplication de stratégies de vie et de survie dénote leur précarité et leur faible efficacité face aux nombreux défis des grands ménages.**

Le choix du conjoint par les parents, le mariage des jeunes filles à un âge précoce (15 ans), la pratique de la polygamie qui augmente sont autant d'obstacles socio culturels qui freinent l'accès des femmes à l'autonomie et à la SDSR dans le contexte de Maradi. La capacité à prendre des décisions pour soi-

[6] Claustration, isolement de l'épouse dans la maison maritale sur demande ou exigence de l'époux. Cette réduction de la mobilité suppose qu'elle ne sort que sur autorisation de son époux. La situation de la femme est connue dans la communauté; les hommes y compris les frères de la femme, sont interdits de rentrer dans une maison où la femme est cloitrée.

même, son ménage est ainsi diminué. Le respect des normes, pour les femmes, va à l'encontre du développement des valeurs personnelles liées à la prise de décision.

**Pouvoir et persistance de la vision pro-nataliste**

**TABLEAU 4: TAILLE DES MENAGES ENQUETES**

| Village | Nombre de personnes dans le ménage |
|---|---|
| Dan Kada | 7 |
| Kaguirka | 6 |
| Mai janguéro | 9 |
| Rafa | 9 |
| **Moyenne générale** | **8** |

Le nombre élevé d'enfants, était autrefois en phase avec un système de production agricole plutôt extensif et permettait le défrichage de grands espaces et l'atteinte d'une réussite économique et de valorisation sociale. Cette vision valorisante de la production maximaliste demeure encore dans la logique paysanne, mais les facteurs qui concourent à sa réalisation font de plus en défaut (manque de terres agricoles).

Les normes sociales semblent peu évoluer, car avoir beaucoup d'enfants est encore une pratique vivace renforcée par des normes sociales qui s'appuient de nos jours sur la religion. Cependant des études avaient confirmé une tendance vers un désir de contrôler la naissance, de la part des jeunes[7] et particulièrement des jeunes femmes. Cela suppose que la volonté de changement existe au niveau de certains, qui sont plus jeunes et qui semblent avoir peu de perspective avec l'amenuisement des terres agricoles (morcèlement des terres dû l'héritage)

L'utilisation des méthodes contraceptives semble être acceptée[8] dans le milieu des jeunes femmes et des jeunes hommes, malgré les arguments religieux qui tentent de s'y opposer. Mai Janguéro et Rafa ont de plus grands ménages et disposent de centres de santé. Kaguirka et Dan Kada, ont des ménages moins grands et ne disposent pas même de case de santé. Cela est sans doute l'effet d'un accès plus facile des femmes et des enfants aux soins de santé qui augmente le nombre d'enfants sains et vivants. Les contraceptifs et les animations en matière de PF ne semblent pas avoir produit des effets directs sur la PF en termes de diminution du nombre d'enfants par femme. En effet, les réalités vécues, en termes de pression sur les ressources, et de la prise en charge réelle des parents par les jeunes, sont encore plus convaincantes.

De nombreuses contraintes ressortent des focus groupes et traduisent ce que les communautés vivent, notamment:

- La pression croissante sur les ressources naturelles
- L'insécurité alimentaire grandissante
- Le manque de ressources d'eau potable
- Le problème de chômage surtout des jeunes hommes
- Le manque de moyens financier qui inhibe tout investissement et a toute aspiration au bien être et incite les hommes, les jeunes hommes et les garçons à migrer;

[7] Femmes sans terres, femmes sans repères, 2006
[8] Constats de plusieurs CSI et cases de santé à travers l'utilisation des contraceptifs et l'existence des contraceptifs oraux et des préservatifs au niveau des « pharmacies par terre » et dans les marchés ruraux.

- L'insuffisance de la terre cultivable qui oblige les jeunes hommes sans terre à migrer;
- La surcharge de la famille par exemple un père de famille qui se trouve avec 30 enfants et qui n'a même pas un revenu de 500f par jour pour s'occuper de leur besoin ni même de leur éducation;
- L'infertilité du sol, les ennemies de culture qui conduit à une mauvaise récolte;
- L'éloignement des centres de santé qui empêche la plupart des femmes enceintes d'utiliser le service de santé maternelle et infantile ;

Généralement les hommes et les femmes considèrent le fait d'avoir 4 femmes et beaucoup d'enfants comme une richesse car cela signifie un meilleur accès à la main d'œuvre gratuite et familiale pour cultiver dans les champs, pour les travaux domestiques pour gagner de l'argent à travers les activités économiques (y compris pour aller en migration comme stratégie de résilience des ménages).

Mais l'insuffisance des terres agricoles (effet direct de l'accroissement démographique) et des récoltes a engendré un changement dans le nombre et la qualité des repas par jour malgré les stratégies développées. Le nombre de repas a diminué (de trois repas à deux par jour) en période de soudure avec une prédominance de la bouillie ou *du foura* dilué, de *atchi a sharuwa* (oseille préparée avec les tourteaux d'arachide) et la préparation de *tuwo* (repas de pâte de sorgho, non plus de pâte de mil). Il n'a pas été déclaré l'arrivée de nouveaux aliments (comme le riz, les pâtes alimentaires) dans les ménages vulnérables qui sont concernés par cette analyse. Les focus groupes hommes ont aussi relevé que «ce sont les femmes et les jeunes enfants qui mangent le moins car ils ne mangent qu'à la maison seulement. Les hommes sortent et mangent autre chose». La conséquence directe est le développement de la malnutrition pour les personnes qui ont une mobilité réduite comme les jeunes femmes mariées et leurs enfants.

Une nouvelle tendance en contradiction avec les normes sociales ne se dégage pas comme étant une option à l'intérieur des ménages. **Mais certains jeunes s'inscrivent dans une nouvelle vision qui traduit la prise de conscience des difficultés susmentionnées dans leur comportement plus favorable en matière de SSR. Ces jeunes vivent une influence sur la composition de leurs ménages de la part des parents.**

**TABLEAU 5: NOMBRE D'ENFANTS SOUHAITES DANS LES FOCUS GROUPES**

| Villages | Jeunes hommes | Hommes âgés | Jeunes femmes | Femmes âgées |
|---|---|---|---|---|
| Mai Janguéro | 10 | 14 | 8 | 10 |
| Dan Kada | 8 | 15 | 6 | 10 |
| Rafa | 10 | 20 | 14 | 17 |
| Kaguirka | 5 | 14 | 8 | 15 |

Le nombre d'enfants souhaité est encore élevé en général. Les normes ne semblent pas avoir bougé surtout à Rafa qui dispose de meilleures conditions structurelles de vie. Mais les plus jeunes désirent moins d'enfants dans les autres sites qui sont relativement plus vulnérables que Rafa.

Le nombre idéal d'enfants plus élevé pour les hommes, et au-delà de la capacité de reproduction d'une seule femme; est ce qui les incite à avoir au moins deux épouses:

- Il est de 9,02 pour les femmes ; celles qui veulent plus de 10 enfants ont en majorité plus de 35 ans. Environ 60% de jeunes femmes aspirent à avoir des ménages plus restreints ;

- Ce nombre idéal moyen est de 13 enfants pour les hommes : la même tendance est observée chez les hommes jeunes (plus de 60%) dans les entretiens individuels.

**Il est important de préciser qu'une grande préférence des parents pour avoir des garçons est ressortie des focus groupes et des questionnaires parce que ce sont les fils qui partent en exode pour travailler et envoyer le nécessaire aux membres de la famille, restés au village.**

La migration est pour la majorité la principale alternative dans ce contexte du changement climatique ou les activités agricoles et pastorales sont très précaires.

**TABLEAU 6: OPINION DES ENQUETES SUR LES OPPORTUNITES LES PLUS PORTEUSES POUR FAIRE FACE AUX CONSEQUENCES DU CHANGEMENT CLIMATIQUE**

| Opportunités vues comme plus porteuses | |
|---|---|
| Exode | 42% |
| Animaux | 8.3% |
| Pas d'opportunités agricoles : pluies ne sont pas abondantes | 8.3% |
| Pas d'opportunité : Manque d'eau | 8.3% |
| ONGs | 8.3% |
| pas d'opportunité | 8.3% |
| Petit commerce | 8.3% |
| Terrain de culture disponible | 8.3% |
| **Total général** | **100%** |

**Il serait important qu'une autre étude aborde la question de la SSR des migrants et les conséquences à leur retour (MST, contagion des épouses, baisse de la productivité, mortalité des migrants de retour, rejet familial voire communautaire).**

**En conclusion, il ressort que le nombre idéal d'enfants est au-dessus du nombre d'enfants par femme (indice synthétique de fécondité de 7,6 enfants par femme (au dernier recensement démographique**). En effet au niveau national, l'EDNS 2012 mentionne une diversité de comportements, face à la reproduction : « On constate aussi que l'ISF présente des écarts très importants selon le niveau d'instruction des femmes, variant de 4,9 enfants, en moyenne, par femme chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus à 8,0 enfants chez celles sans instruction. Enfin, on observe également un écart important entre les femmes vivant dans un ménage classé dans le quintile le plus élevé et celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas (ISF de 6,1 contre 8,2) ». A l'échelle des communautés concernées par la présente étude, cette conclusion est partiellement confirmée. L'âge commence à constituer une variable qui mérite un regard spécifique.

**En région de Maradi, l'EDSN-MICS[9] 2012 mentionne aussi que près de 40% de la population sont classées dans les deux quintiles les plus bas (18,3 et 19,9), les populations les plus aisées étant concentrées en milieu urbain. La même étude rapporte que 75,8% de la population féminine de Maradi ne fréquente pas l'école formelle et que 19,6 % ont un niveau primaire incomplet, 1,4% avec le niveau primaire complet. L'indice de parité entre les genres au niveau primaire est de 0,71 et est le plus faible du pays. Cela suppose que le faible niveau de scolarisation des filles dans cette région, n'œuvre pas en faveur de la PF.**

[9] Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples 2012 (dernière enquête réalisée)

## 2.2. Perception sociale des produits SSR et de leur utilisation

**Des contraceptifs traditionnels aux contraceptifs modernes, puis, retour aux traditionnels.** La disponibilité des produits est satisfaisante au niveau des cases de santé; cela s'explique par la faible demande en produits contraceptifs; en effet le taux de prévalence contraceptive est de 12% (UNFPA, 2016). Les niveaux de produits dans les centres de santé sont adéquats et peu de stocks doivent être remplacés.

Les produits les plus demandés sont les injectables, les implants, les contraceptifs oraux et enfin les préservatifs.

Les focus groupes ont laissé transparaitre des inquiétudes par rapport aux implants qui se déplacent dans le corps: *«Moi j'ai peur des implants, parce qu'ils se perdent dans le corps et on ne sait plus où ils sont; après il faut se déplacer jusqu'à Maradi pour les faire enlever. Je préfère les produits injectables»* rapporte une femme de Dan Kada. Cette anecdote s'est révélée plausible du fait de la non-maitrise de la technique par les agents de santé : *«certains agents n'ont pas su placé les implants sous la peau, mais dans la chair»* (Un agent de santé). **Cela suppose qu'il faut un recyclage des agents des cases de santés concernées par le projet et veiller sur la qualité des prestations fournies par ces agents de santé pour satisfaire les populations et assure la participation active des femmes et des hommes à aller massivement vers les cases de santé.**

Les saignements provoqués par les produits injectables ont aussi été évoqués lors des entretiens provoquants de fortes inquiétudes auprès des utilisatrices. **Cela est dû à une désinformation des femmes; un renforcement de capacités des relais communautaires, en matière de sensibilisation est nécessaire afin de cibler les différents groupes sociaux en présence en fonction de leurs besoins.** Il est important de disposer de deux relais par communauté dont un homme et une femme (de préférence mariés et qui ont fréquenté l'école). La conséquence de ces situations a été de délaisser l'utilisation nouvelle des contraceptifs modernes et de retourner aux méthodes traditionnelles qui n'avaient été complètement abandonnées. L'utilisation périodique de ces derniers a été mentionnée dans les focus de Dan Kada pendant la saison des pluies où les femmes ne disposent ni de temps ni de moyens pour se rendre au CSI (situé à 10km). Par ailleurs, une perception plus favorable des contraceptifs traditionnels s'observe encore, certainement, du fait de la plus grande liberté d'accès à ces produits (amulette, produits à base de plantes, pris auprès des marabouts et des tradipraticiens). En effet une étude rapporte que la contraception n'étant pas prévue, car il fallait prendre tous les enfants qui viennent, les femmes qui y faisaient recours traditionnellement sans l'avis du mari. L'arrivée des contraceptifs modernes, a introduit la quête du consentement du conjoint du fait de la considération plutôt sanitaire de ces produits prescrits au centre de santé. L'accès au centre devrait se faire avec l'avis du mari pour les soins des différents membres de la famille y compris la PF.

Les contraceptifs oraux sont moins demandés du fait de l'exigence qu'ils comportent dans la prise quotidienne et à temps des comprimés, les risques d'omission de la prise sont élevés et les femmes préfèrent des contraceptifs moins contraignants comme les injectables qu'elles trouvent dans les formations sanitaires. Les contraceptifs oraux et les préservatifs sont aussi disponibles sur les marchés ruraux.

### 2.2.1. Capacité sociale des femmes pour l'accès aux SSR

Outre la nécessité d'avoir l'autorisation de l'époux pour les femmes mariées.; d'autres pressions sociales exercées par la communauté sont à relever. Les normes sont fortes et régissent les comportements de tous, y compris les leaders, les hommes et femmes y compris les leaders communautaires ou religieux, les relais communautaires, etc. La force des normes impose à l'Etat de s'y conformer.

#### 2.2.1.1. La mobilité des femmes et accès aux services SSR

Les femmes des villages proches des centres de santé affirment que leur accès aux services SSR ne changent pas au cours de l'année; les jeunes femmes de Dan Kada par contre estiment qu'en période de soudure l'accès est moindre à cause des frais de déplacement vers le CSI de Débi situé à plus de 10km : le transport pour les consultations prénatales, post natales et PF est à 600F (un peu plus de 1 dollar). Une période de forte demande de contraceptifs est le mois de carême afin de pouvoir jeûner tout le mois sans menstrues.

Pendant les périodes des travaux agricoles, des investissements agricoles et de pénurie de grains et des retours des migrants avec une plus forte pression sur la demande en grains, les soins de santé sont sacrifiés au profit de la sécurité alimentaire des ménages. Pendant la période des travaux agricoles, où les femmes n'ont pas le temps d'aller au centre de santé, elles utilisent la méthode traditionnelle ou les contraceptifs oraux en automédication parce qu'ils sont disponibles chez les revendeurs de médicaments (vendeurs ambulants, marchés ruraux, etc). L'accouchement se fait aussi à domicile à cause de l'éloignement du centre de santé à Dan Kada et à Kaguirka. Les consultations prénatales et post natales sont aussi plus rares.

Des contraintes sociales, relevant de la religion ou d'autres considérations sociales ne sont pas mentionnées lors des focus groupes. Des barrières culturelles spécifiques d'accès aux services n'existent pas une fois que la permission du mari est acquise, ou que l'accompagnement par la mère pour les jeunes filles ou la belle-mère pour les jeunes femmes mariées est acquis etc.

#### 2.2.1.2. Les freins à l'accès à la SSR

La présente étude a identifié plusieurs obstacles sociaux, culturels, financiers, logistiques et comportementaux - y compris les dynamiques de pouvoir – qui freinent l'accès des femmes et des hommes à la SSR, notamment :

- Le temps des femmes, la disponibilité financière et l'accessibilité géographique ont une incidence sur la fréquentation des services de santé reproductive et l'utilisation des produits contraceptifs ; cela explique l'usage plus fréquent des implants qui requiert moins de déplacement du village vers le centre de santé.
- L'autorisation du mari pour les femmes mariées, l'autorisation des mères ou belles mères qui accompagnent leurs filles et belles filles sont autant de barrières à l'accès à la SSR.
- L'absence de progrès quant à l'âge moyen au premier mariage, qui reste extrêmement bas surtout pour les filles (15 ans),et qui augmente l'exposition au risque de grossesse précoce ou non désirée, et la fécondité élevée.
- Le développement et la généralisation de la polygamie, qui devient une norme et pas une option, exacerbant la concurrence de fécondité entre coépouses.
- Le nombre d'enfants souhaités, surtout chez les hommes (de 10 à 25 enfants, même chez des agents communautaires de santé), très au-dessus de la moyenne nationale actuelle déjà très élevée.
- L'absence de leçons tirées du morcellement des terres, lié à la fécondité, mais la fécondité est vue comme réponse via des activités hors ferme (comme la migration), et le bénéfice des *bikis.*
- La mendicité comme activité sociale des pauvres n'est plus considérée comme une honte, comme les talibés mendiants comme source de revenus pour la famille.

- L'échec de l'école «moderne», qui coute cher et ne débouche plus sur des emplois, ce qui constitue à terme un plaidoyer pour les écoles coraniques traditionnelles (suivre le marabout) et contre l'école formelle.
- La scolarisation des grandes filles ne progresse pas, ou très lentement et n'est pas une valeur sûre, même pour elles, au regard du mariage.
- La restriction croissante de la mobilité des femmes, surtout des jeunes femmes et la progression déniée de la profession du sexe pour nourrir les enfants.
- La migration généralisée des jeunes hommes, avec des résultats économiques de plus en plus aléatoires et des risques aggravés, la décapitalisation pour la financer (vente de champs) compromettant le retour, etc.
- La socialisation des femmes à leur infériorité «naturelle» de genre, et donc la soumission aux hommes (pères, maris, parentèle masculine) et aux femmes âgées, les excluant toujours des décisions qui les concernent en premier: leur vie sexuelle, leur fécondité, leur mobilité économique. Il ne faut pas s'étonner alors que ces femmes à qui toute valeur est déniée en dehors de leur fécondité ne soient pas motivées à restreindre leur nombre d'enfants et à encourir pour cela le risque de divorce.
- Sur le plan technique et financier : le traitement par les prestataires, le manque de formation des prestataires, manque de frais et moyens de transport, couts des services de santé pour la mère,
- La personnalité de l'agent de santé en terme d'accueil est importante pour les femmes et les hommes rencontrés. La compétence des agents de santé pour les soins de qualité est un critère important (implants mal placés). Les agents de santé reçoivent les jeunes hommes. Les jeunes filles et jeunes femmes mariées sont toujours accompagnées par leurs mères, ou belles mères pour celles qui sont mariées. De même, les relations sociales entretenues avec le relais communautaire facilitent l'accès aux informations et aux produits par les hommes et les femmes.

**Recommandations**

Cependant quelques pistes d'espoir. Les jeunes hommes et femmes veulent moins d'enfants. **Une approche positive est à mettre en place qui plaide le «mieux d'enfants»** : enfants éduqués, soignés, protégés; allocations scolaires, gratuité des soins, totale gratuité de la contraception, quelle que soit la méthode, mise à disposition de distributeurs partout où possible (toilettes des collèges, des marchés, etc.). **Plaider le «moins d'enfants» serait irrecevable dans le contexte du Niger**.

De plus, il faut développer des débats informés, avec la juste information, tant sur la religion que l'économie sur les coûts et bénéfices de «beaucoup d'enfants» et sur la notion de mieux d'enfants, etc.

La nécessité de mettre en place des programmes d'IEC/CCC, des incitatives comme les espaces sûrs pour les filles et adolescentes, des clubs des futurs maris pour les jeunes garçons afin de contribuer à la capture du dividende démographique est ici explicite.

# 3. Les influences des normes et comportements sociaux à l'accès et utilisation de la SSR

**Selon l'analyse des données collectées, les normes sociales bougent très peu.** La division du travail connaît une stagnation dans les partages de tâches. Les nombreuses tâches reproductives exercées pèsent péniblement sur les femmes avec l'accroissement démographique. La recours à la main d'œuvre des enfants filles et garçons est effectué dans le respect de la division sociale des taches. Dans

les jeunes ménages où les femmes sont cloitrées et ne sortent pas (Rafa et Dan Kada) un transfert de la responsabilité de l'approvisionnement en eau est remarqué de la femme vers le chef de ménage. L'acceptation de cette situation par tous est la preuve que ce fait n'est pas vu comme une transgression des valeurs sociales, mais étant un fait marginal. *«Oui il y a une nouveauté dans la division des taches domestiques, comme les hommes qui cherchent de l'eau pour leurs femmes. La communauté ne réagit pas car c'est leur choix»* (Focus group Dan Kada). Ce fait ne remet pas en question le partage de tâches ou mieux l'affectation de ces tâches aux femmes, qui est expliqué par les hommes comme étant une norme sociale qui protège la règle supposant la suprématie de l'homme et qui détermine les tâches ménagères, même reconnues importantes par tous, comme dégradantes; *«la raison est fondée sur la question de genre: les hommes sont supérieurs aux femmes depuis toujours et cela devient une culture»* (Focus group Dan Kada). La norme n'est pas remise en cause par cette conduite est issue d'une interprétation religieuse et ne provoque aucune réaction sociale.

Au niveau des activités productives à Kaguirka, les femmes jeunes ont mentionné une nouvelle activité qu'elles exercent : *«Oui il y a des exceptions comme les femmes qui abattent l'arbre. La communauté leur porte un regard chargé de pitié et d'admiration à la fois face leur bravoure»* (focus group femme de Kaguirka).

L'accès des femmes à un domaine économique des hommes n'inquiète pas les normes, et est perçu comme une contribution au ménage à des charges revenant aux chefs de ménage. Le partage de cette responsabilité en matière de sécurité alimentaire est amorcé; ce fut d'abord avec les femmes veuves, divorcées, puis les femmes des migrants. La migration des femmes n'est pas citée comme une nouvelle activité dans les sites où elle est observée. Elle est aussi acceptée

Les focus groupes relèvent que la différence est que les femmes exercent les activités domestiques et que l'espace de prises de décision revient aux hommes. Les hommes et femmes âgées sont dans la logique de la stabilité de cette norme, alors que les jeunes femmes ont repéré des faits de transgressions de normes relatifs à leur niveau de soumission et à leur capacité de décider :

- A Dan Kada: *«les femmes d'avant étaient obéissantes et acceptaient tout ce que disait leur mari; aujourd'hui beaucoup de femmes disent oui et font autrement. Par exemple lorsque le mari décide non pour la PF, elle se rend tout de même au centre pour et opte pour le produit injectable… On a vu des cas ou des femmes ont mis l'implant et sont retournées l'enlever le lendemain sous pression du mari qui menace de divorcer la femme. C'est mieux l'injectable dans ce cas? ».*
- A Rafa: Les jeunes femmes évoquent des ménages où les femmes décident: *«Il y a des exceptions dans les quelques cas rares de ménages où les femmes décident. Ces femmes sont mal vues et la communauté ne les apprécie pas»;* et dans le même temps les répondantes proposent une meilleure implication des femmes dans les prises de décisions pour qu'elles ne se sentent plus écartées car elles sont aussi des cheffes de famille»

Ces deux types de transgressions de normes très proches montrent que les jeunes femmes cherchent de nouvelles orientations en termes de valeurs sociales. Des femmes s'engagent dans les prises de décisions bien qu'elles soient «mal vues» et deviennent des modèles pour les jeunes femmes qui aspirent à faire la même chose parce qu'elles se considèrent comme cheffes de famille, car elles investissent les domaines de responsabilités de la «chefferie de famille» à travers leurs multiples contributions, en l'absence du mari en migration par exemple. Cela préfigure les conséquences favorables aux rapports de genre qui adviendraient avec les contributions croissantes des femmes dans le ménage. La femme qui a l'habitude de prendre des décisions et gérer seule son ménage, cèdera-t-elle ce privilège automatiquement au retour de son époux?

Cependant, les discours normatifs demeurent intacts dans tous les groupes et véhiculent le pouvoir absolu des hommes de décider : *«Les femmes sont en dessous des hommes c'est normal qu'ils décident pour elles du point de vue religieux et culturel»* (focus group hommes de Kaguirka). A Rafa les femmes déclarent que *«la raison est religieuse parce que l'islam conseille aux femmes d'obéir à leurs maris, c'est eux les décideurs… La raison est que les hommes sont des chefs de famille donc c'est normal que les prises de décision leur reviennent également»*. Les femmes de Mai Janguéro ajoutent *«Oui il y a une différence entre nous et eux, du fait que ce sont les hommes qui ordonnent et nous les femmes nous exécutons»*. Les situations se présentent comme si au niveau des ménages les hommes tranchent pour toutes les décisions. **Les femmes et hommes déclarent partout un changement en matière de concertation.** «*La femme est de plus en plus consultée mais son avis n'est pas toujours pris en compte même pour les décisions les plus importantes* ». Ces décisions plus importantes auxquelles elles participent incluent: le mariage des enfants, l'éducation des enfants, la santé, les consultations prénatales, la PF, la vente de bétail et la construction d'une maison.

**Les normes sont menacées par les pratiques mais en théorie et dans le discours, elles demeurent immuables et dans une vision qui se veut traditionnaliste et respectueuse des valeurs culturelles et religieuses.**

## 3.1. Perception sociale et utilisation de la SSR

### 3.1.1. Normes régissant la perception et l'utilisation des produits SSR

La société traditionnelle n'avait pas prévu des normes pour la PF et le domaine était non régi : «*On prend les enfants que Dieu nous donne*». Ce message est encore très présent dans les communautés. Cependant les femmes ont toujours désiré réguler les naissances et faisaient recours à des méthodes traditionnelles sans l'avis de leur époux. Elles se rendaient chez le tradipraticien ou chez le marabout pour chercher des solutions adaptées pour répondre à leurs attentes conformément aux normes qui régissent ce domaine. En effet, des normes en matière de pratiques en SSR régissent l'utilisation des produits SSR traditionnels et modernes.

**Une mère et sa fille ne peuvent pas enfanter en même temps ; la mère doit se reposer et laisser sa fille ou sa belle-fille prendre la relève**: «*c'est honteux d'avoir un fils qui a l'âge ou qui est moins âgé que le petit fils*». Une étude en région de Zinder rapporte la même situation «Aucune femme ne souhaite avoir des enfants du même âge ou plus jeunes que ses petits enfants ; cela constitue une source de raillerie de la part des parents, amis et voisins. C'est un manque d'égard vis-à-vis de soi-même, que de se considérer de la même génération que sa fille. Cette pratique vient affirmer l'existence d'une durée sociale de la fertilité ou période de conception dans laquelle s'inscrit souvent la femme rurale haoussa. Cette période ne commence pas à la ménopause mais bien avant, avec le mariage de la fille ou du fils ainé avec l'arrivée de l'étape vieillesse (susmentionnée qui intervient à 35 ans). La femme rentre dans une ménopause sociale au premier mariage de son fils ou de sa fille. Cette pratique, combinée au besoin d'avoir beaucoup d'enfants comme stratégie de renforcement de la résilience du ménage a tendance à réduire ou à maintenir l'espace inter génésique, car il faut faire le maximum d'enfants avant que la fille ou la belle fille ne commence sa série. **Une augmentation insuffisante de l'âge au premier mariage des filles peut, dans ce cas, favoriser une plus grande fécondité pour la mère. Le recul de l'âge au premier mariage au delà des vingt ans, plus proche de la ménopause donnerait un nombre d'enfant moins élevé chez la femme**. Cela suppose que les mesures actuelles avec l'utilisation actuelle faite des produits, ne pourront pas agir sur la baisse de la fécondité. L'indice de fécondité de 7,6 enfants correspond au mariage à l'âge moyen de 15 ans (pour la mère et la fille) et 15 années pour la reproduction. Si l'âge au premier mariage passe à 18 ans, dans les mêmes conditions (pour la mère et

pour la fille), cela suppose 18 années pour la reproduction et environ 8 à 9 enfants par femme, puis la ménopause sociale interviendrait plus tard toujours durant la période de fécondité de la femme.

**Une femme allaitante ne doit pas porter une grossesse;** cela traduit le concept de grossesses rapprochées tel que défini dans les communautés enquêtées. *«La perception d'une telle femme est négative: elle n'a pas le temps de s'entretenir et prendre soin de son plus jeune enfant et des autres; ses enfants sont sales, elle-même est malpropre et sa maison mal entretenue…»* *Focus groupe femmes de Dan Kada*. Des pratiques multiples existent pour le sevrage en cas de grossesses rapprochées. Généralement la femme allaitante enceinte arrête l'allaitement trois mois avant son accouchement, car à partir de ce moment le lait (colostrum) est considéré étant celui du fœtus. Certaines femmes en revanche cessent d'allaiter dès qu'elles constatent qu'elles sont enceintes et d'autres arrêtent l'allaitement seulement après l'accouchement.

Une enquêtrice rapporte aussi que « d'un point de vue psychologique, les *nasunya* (femmes victimes de grossesses rapprochées) subissent également de façon à peine voilée les railleries de leurs congénères qui les fustigent amplement. Ainsi, **la sémiologie populaire regorge d'expressions et de proverbes stigmatisant les femmes qui n'espacent pas leurs naissances.** Cette même sémiologie populaire locale recouvre plusieurs aspects de la procréation. Alors que certaines expressions glorifient une large progéniture, sans tenir compte des conditions dans lesquelles elle se réalise, d'autres au contraire condamnent une procréation basée sur les grossesses rapprochées ». L'espacement des naissances étant des accouchements successifs respectant la période de sevrage (17 mois pour lesgarçons et 18 mois pour les filles). Généralement, l'intervalle inter génésique constaté est d'environ 2 ans. L'Islam préconisant un allaitement de 22 mois.

**Lorsque la femme a eu des avortements ou des accouchements d'enfants malformés successifs,** la coutume estime qu'elle doit arrêter les gestations, prendre un temps de repos et reconstitution, généralement au moins une année, mais pas trop de temps pour ne pas atteindre la ménopause sociale

**Les grossesses hors mariages constituent des drames** pour la femme et pour sa famille. «*Généralement elle ne trouve plus d'homme pour l'épouser car considérée comme une travailleuse du sexe*».

La planification familiale est largement sollicitée pour éviter d'avoir une grossesse pendant la ménopause sociale et pendant l'allaitement et pour éviter les grossesses hors mariages de plus en plus. *«Traditionnellement, une fois que la fille atteint la puberté, c'est sa mère ou sa grand-mère qui va chercher auprès des tradipraticiens, un produit pour éviter l'arrivée d'un enfant hors mariage»* (Un leader de Dan Kada). Aujourd'hui aussi des mères accompagnent leurs filles au centre de santé pour la même raison. Il est difficile d'estimer la proportion des mères qui le font, mais cette pratique est déclarée à Kaguirka, Dan Kada et Mai Janguéro. Ces nouveaux comportements et nouvelles utilisatrices pourraient engendrer une hausse de la demande en produits pour la PF dans les cases de santé.

### 3.1.2. Catégories des personnes, socialement autorisées et non autorisées

Les catégories de personnes socialement autorisées sont celles qui jouissent de la liberté reproductive qui s'acquiert par le mariage avec bien entendu l'autorisation maritale pour accéder aux soins de la santé reproductive. Pour ces communautés il n'existe pas de reproduction hors mariage ou en absence du mari. Cette représentation définit clairement la catégorie de celles qui ont une autorisation sociale pour accéder aux soins de santé de la reproduction. **Les soins (consultations prénatales, consultations post natales jusqu'à 5 ans, contraceptifs), étant gratuits, les frais ne constituent pas un frein pour les ménages vulnérables**.

Dans tous les sites les focus groupes déclarent que c'est l'homme en majorité qui décide de la fréquentation des centres de santé pour l'accès à tout soin. Cette décision est souvent en lien avec la capacité de prendre en charge les frais de transport et d'achat de médicaments si nécessaire.

Les femmes non mariées, c'est-à-dire les veuves, les divorcées et les jeunes filles ne sont pas autorisées par les normes a se rendre au centre de santé et doivent le faire en cachette par crainte de toute sorte de stigmatisation. Mais cette norme n'est pas toujours respectée comme discuté dans les focus groupes.

**TABLEAU 7:LES ASPIRATIONS DES ENQUETES**

| Les aspirations des enquêtés des villages | Dan Kada | Kaguirka | Mai jan Guéro | Rafa | Moyenne |
|---|---|---|---|---|---|
| Apprendre ce qu'est la puberté et passer par la puberté | 0% | 0% | 0% | 7% | 2% |
| Apprendre ce que sont les relations sexuelles et avoir sa première relation sexuelle | 8% | 0% | 0% | 0% | 2% |
| Apprendre comment éviter les grossesses et les maladies sexuelles transmissibles | 0% | 0% | 0% | 27% | 7% |
| Commencer à gagner de l'argent | 15% | 14% | 29% | 33% | 23% |
| devenir chef de famille | 8% | 0% | 0% | 0% | 2% |
| Être enceinte / avoir des enfants | 8% | 43% | 21% | 13% | 21% |
| Finir l'école | 15% | 0% | 0% | 0% | 4% |
| gagner de l'argent | 0% | 14% | 21% | 0% | 9% |
| Voir ses enfants se marier | 8% | 7% | 14% | 7% | 9% |
| Le mariage | 38% | 21% | 14% | 13% | 21% |
| **Total général** | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Les relations sexuelles sont évidemment occultées comme aspirations par la quasi-totalité des enquêtés. Le tableau 7 ressort également l'importance des questions matrimoniales comme le mariage (Dan Kada), avoir des enfants (Kaguirka) et gagner de l'argent (Rafa).

Le tableau 8 ci-dessous montre que le début des relations sexuelles chez les filles correspond à l'âge au premier mariage.

**TABLEAU 8: AGE DE LA PREMIERE RELATION SEXUELLE CHEZ LES FILLES**

| Tranche d'âge | Proportion des filles ayant leur première relation sexuelle dans chaque tranche d'age |
|---|---|
| 15 à 16 | 50% |
| 13 à 14 | 16% |
| 16 à 17 | 13% |
| 12 à 13 | 6% |
| 17 à 18 | 3% |
| 20 à 22 | 3% |
| 10 à 11 | 3% |
| 10 à 11 | 3% |
| 14 à 15 | 3% |
| **Total général** | **100%** |

93% des enquêtés déclarent l'utilisation des préservatifs pour la contraception concernant les grossesses non désirées et maladies sexuelles et 3% déclarent le contraceptif injectable pour les jeunes filles. 3% disent qu'ils n'utilisent aucune méthode contraceptive pour les grossesses non désirées et maladies sexuelles.

**TABLEAU 9: MOYENS UTILISES PAR LES HOMMES, FEMMES, JEUNES HOMMES ET JEUNE FILLES POUR EVITER LES GROSSESSES ET MALADIES SEXUELLES**

| Réponses des hommes | |
|---|---|
| ici les gens n'utilisent pas les préservatifs pour les grossesses non désirées | 3% |
| Depo provera (contraceptif injectable) | 3% |
| Préservatifs | 94% |
| **Total général** | **100%** |

Les données qualitatives collectées auprès des femmes rapportent *«lorsque la fille ne reste pas tranquille, sa mère peut la conduire au centre de santé pour la piqure, afin de lui éviter une grossesse non désirée»* (focus femmes de Dan Kada).

**TABLEAU 10: LIEUX OU LES HOMMES, FEMMES, JEUNES HOMMES ET JEUNES FILLES PEUVENT AVOIR DES INFORMATION SUR LES METHODES ET PRODUITS CONTRACEPTIFS**

| Lieux | % |
|---|---|
| Centre de Santé | 55% |
| Radios | 26% |
| chez les relais communautaires | 10% |
| chez les parents | 3% |
| à travers les campagnes de sensibilisation | 3% |
| chez les agents de santé | 3% |
| **Total général** | **100%** |

**Le centre de Santé ou agents de santé sont les principaux canaux d'information en matière d'accès aux informations concernant les méthodes et produits contraceptifs. Les radios communautaires jouent aussi un rôle qui est même plus important que celui des relais communautaires qui sont dans la communauté.**

**TABLEAU 11: LIEUX OU LES HOMMES ET FEMMES ACCEDENT AUX PRODUITS DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE**

| Lieux | Où peuvent-ils trouver ces produits ? |
|---|---|
| Au marché et l'accès est très facile | 16% |
| Au centre de santé | 84% |
| **Total général** | **100%** |

Une grande majorité des hommes et femmes enquêtés estiment que l'accès aux produits SSR se fait par le centre de santé. Le marché est aussi une option que certains qualifient de plus facile. Sur le marché sont disponibles essentiellement les contraceptifs oraux et les préservatifs. Ce canal d'approvisionnement mérite un appui technique pour améliorer la qualité de leur prestation en termes de vente de produits de qualité –y compris la conservation. Les pharmacies n'existent pas au niveau des sites enquêtés.

### 3.1.3. Prise de décision sur l'utilisation des services et produits SSR

**TABLEAU 12: PRISE DE DECISION CONCERNANT L'USAGE DE MESURE POUR EVITER LES GROSSESSES ET MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

| Prise de décision selon les hommes | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Village** | **Femme** | **Homme** | **les deux** | **Total général** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dan kada | 14% | 29% | 57% | 100% |
| Kaguir ka | 0% | 50% | 50% | 100% |
| Mai janguero | 13% | 63% | 25% | 100% |
| Rafa | 0% | 50% | 50% | 100% |
| **Moyenne** | **6%** | **48%** | **45%** | **100%** |

**La prise de conscience de la population par rapport à la fréquentation des services de la SSR a engendré une tendance à une plus grande fréquentation des centres santé par les femmes et les hommes.**

Selon les normes sociales, toutes les décisions sont supposées être prises par les hommes y compris celles concernant l'utilisation de la PF, la CPN et la fréquentation des CS pour la santé en général. L'initiative ou le besoin d'aller au centre de santé vient toujours de la femme, mais c'est l'homme qui décide et qui prend en charge les frais liés à la santé ; en son absence, la responsabilité revient à la belle famille et à défaut aux responsables communautaires.

Cette situation traduit la violation aux droits des femmes à la santé reproductive malgré l'existence des textes et lois en faveur de la SR (Loi sur la SR et son décret d'application, la constitution de la 7ème République etc.) même si les 45% des interviewés pensent que la décision doit être prise par les hommes et les femmes**. Cela dénote la nécessité de développer le dialogue au sein du couple**.

**TABLEAU 13: PRENEUR DE DECISION POUR SE RENDRE A UN CENTRE DE SANTE**

| **Hommes** | **Qui prend les décisions pour aller ou non au centre de santé ? qui influence cette décision ?** | | |
|---|---|---|---|
| **Village** | **Hommes** | **les deux** | **Total général** |
| Dan Kada | 86% | 14% | 100% |
| Kaguirka | 100% | 0% | 100% |
| Mai Janguero | 88% | 12% | 100% |
| Rafa | 100% | 0% | 100% |
| **Moyenne** | **94%** | **6%** | **100%** |

Les beaux-parents (parents de l'époux) jouent un rôle important dans la prise de décision selon les focus jeunes femmes. *L'homme, prend toujours l'avis de ses parents avant de se décider* (Kaguirka). Les femmes estiment que ce sont leurs affaires et qu'elles influencent beaucoup la prise de décision car elles sont les premières concernées. Les jeunes hommes pensent que c'est une affaire de couple et que la décision est prise conjointement avec leurs épouses. Mais les hommes âgés et les femmes, parents des couples influencent beaucoup ces décisions parce qu'elles les concernent.

En conclusion, les normes sont menacées par les pratiques mais en théorie et dans le discours, elles demeurent immuables dans une vision qui se veut traditionnaliste. Une lueur d'espoir est perçue chez les jeunes, qui veulent prendre la décision ensemble.

La SSR reste perçue comme étant du domaine de la famille et du religieux, ne relevant pas totalement d'une décision exclusive du couple; la sexualité et la reproduction relèvent de l'ordre social, et de la reproduction de cet ordre social et pas des acteurs directs comme le jeune et la jeune fille, l'époux et l'épouse.

La fécondité est le moyen le plus sûr et le plus court pour la reconnaissance sociale pour les filles. Elle ouvre la porte des tontines, des *bikis*, des activités collectives surtout en milieu rural; **et les femmes**

**âgées sont tout aussi gardiennes des normes que les hommes (leur accomplissement social de belle-mère passe par la soumission de la belle-fille aux mêmes contraintes qu'elles ont naguère affrontées).** Et la virilocalité dominante coupe les filles mariées de leur mère qui pourrait leur vouloir un autre destin. La question de l'*agency* ici est donc à relativiser et à mettre en perspective dans les hiérarchies familiales, en particulier parmi les coépouses.

**Recommandations**

**L'entrée par le collectif est incontournable. Il faudrait cultiver la fourniture de nouveaux exemples, de nouveaux modèles, d'alternatives réussies,** tels que: des familles moins nombreuses dont les enfants réussissent et aident les parents; des filles qui aident leurs vieux parents aussi bien que leurs frères; la délivrance des contraceptifs au CSI soit autorisée aux mineur.es, aux femmes sans permission de l'époux, et inversement.

L'appui des leaders religieux est incontournable. L'approche devra être collective à travers bien sûr les groupes de femmes (MMD) et des jeunes (fadas). Les membres des écoles de maris pourront travailler directement avec les fadas. L'entrée par les jeunes couples est aussi nécessaire pour développer le dialogue avec valorisation de la décision commune; cibler les jeunes avec des messages jeunes, délivrés par des jeunes (esprit peer to peer)

**L'information de qualité, l'utilisation des NTIC, les cellulaires, les messages vidéos avec discussions sur WhatsApp pourraient être développés et utilisés à l'endroit des jeunes femmes et des jeunes hommes pour un apprentissage au-delà des normes.**

# 4. Les facteurs facilitant l'accès aux informations, services et produits en matière de SSR

## 4.1. Facteurs favorables et opportunités

Le concept de planification familiale ou *houtou* (vocable Hausa qui veut dire repos, pause) est récent dans les communautés visitées. Mais sa pratique est ancienne à travers l'allaitement prolongé et d'autres pratiques traditionnelles auxquelles les femmes ont toujours recours : amulettes, gris-gris (*kiri*), décoctions de plantes, écritures coraniques (*rouboutou*). Le fait qu'une pratique ancienne existe ouvre la possibilité à une pratique nouvelle.

Concernant les méthodes de contraception moderne, tous les hommes connaissent au moins une méthode contraceptive, et les femmes connaissent plus de deux méthodes (contraceptifs oraux, les injectables et implants). Les informations relatives à ces contraceptifs existent et sont accessibles aux hommes et aux femmes à travers les centres de santé, les relais communautaires; les radios sont aussi mentionnées lors des focus groupes. D'autres canaux modernes ne sont pas mentionnés (NTIC, cellulaires, Nollywood, etc.) qui pourraient aider dans le cadre d'information plus large.

### 4.1.1. Les agents/relais communautaires: rôles et influences

L'échantillon de la présente étude comporte 8 relais communautaires (RC)[10] dont 4 femmes et 4 hommes.

**TABLEAU 14: INFORMATIONS SUR LES RELAIS COMMUNAUTAIRES**

| N° | Age | Sexe | Nombre d'enfants | Nombre d'enfants souhaités | Années de mariage | Age au mariage | Age du premier enfant | Espacement moyen entre enfants |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 42 | M | 6 | 25 | 27 | 15 | 13 | 2 |
| B | 38 | M | 8 | 20 | 18 | 20 | 16 | 1,8 |
| C | 43 | M | 5 | 10 | 25 | 18 | 20 | 2,8 |
| D | 43 | M | 11 | 25 | 21 | 22 | 18 | 1,6 |
| E | 27 | F | 3 | 6 | 9 | 18 | 8 | 3 |
| F | 23 | F | 3 | 6 | 15 | 8 | 8 | 2 |
| G | 27 | F | 3 | 8 | 10 | 17 | 9 | 2 |
| H | 24 | F | 2 | 8 | 9 | 15 | 4 | 2 |

Les femmes RC enquêtées sont relativement jeunes et désirent un nombre moins élevé d'enfants de 6 à 8 enfants proche de la moyenne nationale (moins élevée que la moyenne de Maradi) tandis que l**es hommes relais communautaires désirent un nombre élevé d'enfants allant de 10 à 25 pour des raisons de renforcement de la résilience des ménages et de prise en charge plus tard. De ce fait le relais communautaire ne constitue pas un modèle spécifique en matière de PF pour les jeunes qui veulent adhérer à la PF**.

Les espaces inter génésiques en dessous de 2 ans sont remarqués chez les hommes sans doute à cause de la polygamie. Des cas d'enfants du même âge ont été notés dans les questionnaires.

En termes de comportement chez les femmes, elles attendent le sevrage (17 mois pour le garçon et 18 mois pour la fille, conformément aux normes) pour avoir une autre grossesse. Cela explique les intervalles inter génésiques de deux ans en moyenne. Le sevrage constitue traditionnellement la limite entre la période de non-conception et celle de conception pour les femmes mariées.

**TABLEAU 15: OPINIONS DES RELAIS COMMUNAUTAIRES**

| N° | Age | Sexe | Opinion sur le mariage forcé | Années de mariage | Accès Informations PF aux jeunes | Les jeunes devraient-ils utiliser des contraceptifs |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 42 | M | Favorable | 27 | Au CSI ou centre de santé ou école | Non |
| B | 38 | M | Défavorable | 18 | CSI et relais communautaire | Non |
| C | 43 | M | Défavorable | 25 | CSI et relais communautaire | Non |
| D | 43 | M | Défavorable | 21 | CSI et relais communautaire | Non |
| E | 27 | F | Défavorable | 9 | Centre de sante, radio relais communautaire | Oui implants et produits injectables pour les mariées |

[10] Relais communautaires sont des volontaires issus des communautés qui sont chargé(e)s d'appuyer les CSI dans la promotion des pratiques essentielles et familiales ; ils font des sensibilisations, des suivis (visites à domicile) en matière de PF/ SSRD au niveau local.

| N° | Age | Sexe | Opinion sur le mariage forcé | Années de mariage | Accès Informations PF aux jeunes | Les jeunes devraient-ils utiliser des contraceptifs |
|---|---|---|---|---|---|---|
| F | 23 | F | Défavorable | 15 | Centre de santé | Oui si mariées |
| G | 27 | F | Favorable | 10 | Centre de santé relais | Oui si mariées |
| H | 24 | F | Défavorable | 9 | Centre de santé relais | Oui si mariées |

La majorité est contre le mariage précoce. Mais tous estiment que seuls les jeunes mariés ont droits aux informations sur les contraceptifs. L'abstinence est la méthode la plus conseillée pour cette catégorie, conformément aux normes sociales.

**Une réflexion doit être conduite sur la redéfinition des rôles des relais communautaires et/ou la définition de critères de choix de relais communautaires, intégrant l'adhésion aux différents services offerts par les centres de santé.**

Pour les autres informations concernant la santé de la mère, 10% des hommes les reçoivent des relais communautaires. Les centres de santé constituent aussi les lieux où ils trouvent les informations.

**TABLEAU 16: LIEUX OU LES HOMMES PEUVENT TROUVER DES INFORMATIONS SUR LA SANTE DES FEMMES PENDANT ET APRES UNE GROSSESSE**

| Village | Centre de Santé | chez les parents | lors des sensibilisations | Radio | RC | Total général |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dan Kada | 57% | 14% | 0% | 29% | 0% | 100% |
| Kaguirka | 75% | 0% | 0% | 0% | 25% | 100% |
| Mai Janguéro | 75% | 0% | 13% | 13% | 0% | 100% |
| Rafa | 63% | 0% | 0% | 25% | 13% | 100% |
| **Moyenne** | **68%** | **3%** | **3%** | **16%** | **10%** | **100%** |

**La proximité des centres de santé est un facteur favorable pour l'accès aux services et produits SSR**. Les accouchements à domicile sont quasi inexistants dans les communautés avec CSI ou case de santé.

**TABLEAU 17: REPONSE DES HOMMES A LA QUESTION "EN GENERAL, LES GENS VONT-ILS DANS UN CENTRE DE SANTE POUR LA NAISSANCE ?"**

| Village | Non | Oui | Total général |
|---|---|---|---|
| Dan kada | 14% | 86% | 100% |
| Kaguirka | 0% | 100% | 100% |
| Mai Janguéro | 0% | 100% | 100% |
| Rafa | 0% | 100% | 100% |
| **Moyenne** | **3%** | **97%** | **100%** |

A Dan Kada et à Kaguirka qui ne disposent pas de centre de santé, les personnes interviewées déclarent que la fréquentation des centres de santé pour les accouchements est régulière. Au niveau des focus groupe il étaient ressorti au niveau ces sites suscités que l'accouchement à domicile existe encore. Les relais œuvrent beaucoup concernant ce domaine et la pratique est acceptée par tous.

26% des hommes préfèrent avoir des femmes agents de santé pour servir leurs femmes. Mais la grande majorité recherchent des soins de qualité. L'accueil est probablement satisfaisant, car il est seulement mentionné comme souhait par 19% de l'échantillon.

**TABLEAU 18: REPONSES DES HOMMES A LA QUESTION "QU'EST-CE QUE LES HOMMES ET FEMMES APPRECIENT A PROPOS DES CENTRES DE SANTE ET DES SOINS QU'ILS/ELLES Y REÇOIVENT"**

| Village | elles accouchent à la maison, à cause de la distance de centre de santé | les femmes aiment l'assistance d'une femme et non d'un homme dans le centre de santé | soin de qualité | un bon accueil | Total général |
|---|---|---|---|---|---|
| Dan Kada | 0% | 14% | 57% | 29% | 100% |
| Kaguirka | 13% | 50% | 25% | 13% | 100% |
| Mai Janguéro | 0% | 13% | 63% | 25% | 100% |
| Rafa | 0% | 25% | 63% | 13% | 100% |
| **Moyenne** | **3%** | **26%** | **52%** | **19%** | **-** |

**TABLEAU 19: REPONSES DES FEMMES A LA QUESTION "QUI VISITE LE PLUS LES CENTRES DE SANTE? "**

| Village | les deux | les femmes | Total général |
|---|---|---|---|
| Dan kada | 13% | 88% | 100% |
| Kaguir ka | 13% | 88% | 100% |
| Mai janguero | 25% | 75% | 100% |
| Rafa | 43% | 57% | 100% |
| **Moyenne** | **23%** | **77%** | **100%** |

Les femmes sont celles qui fréquentent le plus les centres de santé en matière de SSR et même pour tous les soins de santé comme accompagnantes des enfants. Cependant à Rafa, il est constaté que les hommes accompagnent plus les femmes que dans les autres sites, sans doute à cause de la distance. Il est important de vérifier et assurer une bonne couverture en RC dans les sites concernés

**TABLEAU 20:PRATIQUES DES FEMMES APRES LA NAISSANCE**

| Femmes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Village** | **CPN** | **CPN et post natale** | **Accouchement matrone** | **Allaitement maternel exclusif** | **Total général** |
| Dan Kada | 14% | 0% | 0% | 86% | 100% |
| Kaguirka | 0% | 0% | 0% | 100% | 100% |
| Mai Janguero | 0% | 12% | 13% | 75% | 100% |
| Rafa | 0% | 0% | 0% | 100% | 100% |
| **Moyenne** | **3%** | **3%** | **3%** | **90%** | **100%** |

Concernant les pratiques des femmes autour des naissances, l'allaitement maternel exclusif est largement mentionné, par 90% des enquêtés. Les autres pratiques sont peu évoquées, y compris la bonne alimentation qui est en lien avec la résilience des ménages et constitue une question centrale.

**TABLEAU 21: SOURCE D'INFORMATIONS CONCERNANT LA GESTION DES MENSTRUES**

| Source | Proportion |
|---|---|
| agents de santé | 3% |
| les amies | 13% |
| les mères | 81% |
| les parents | 3% |

Au cours de la puberté les mères sont celles qui enseignent à leurs filles les changements qui interviennent dans leur corps. Les agents de santé interviennent peu dans ce domaine. Pour les garçons, les amis sont la source d'information concernant ce domaine. Une meilleure connaissance en SSR des hommes, femmes, filles et garçons est nécessaire. Les filles et les jeunes femmes interrogées lors de cette recherche affirment que ce sont les mères qui les informent sur comment gérer les menstrues. Elles utilisent pour la plupart de vieux morceaux de pagnes qui sont lavés et réutilisés régulièrement ; quatre femmes ont évoqué les serviettes hygiéniques (3 de Mai Janguéro et 1 de Rafa). A Dan Kada il a été mentionné l'utilisation d'éponge (comme un tampon). Celles qui utilisent les serviettes les utilisent en alternance avec les morceaux de pagne car elles coutent cher, lorsqu'elles sont disponibles au niveau des marchés ruraux.

Le vocable «être en menstrues» veut dire littéralement «*être en lavage* ». Les femmes estiment que *ça porte malheur de jeter son sang dans un pagne qui n'est pas lavé au préalable*. Laver une serviette hygiénique est très plausible dans ce contexte et serait bien moins commode que celui d'un morceau de pagne. Mais une préférence des serviettes hygiéniques est notée. **Socialement une fille qui commence les menstrues «doit être immédiatement mariée» car elle prête pour la reproduction. Cela explique la pratique des mariages à partir de 13 ans.** *«la rumeur circule dans le village que une telle a commencé a avoir ses règles»* (Une femme de Rafa).

Le relai communautaire ne porte pas toutes ces problématiques au niveau communautaire. Dans le cadre du projet ASPIRE une répartition pour le transfert de ces compétences à d'autres personnes ou structures compétentes est nécessaire.

**Les mères (à travers les groupements MMD) constituent des cibles importantes pour transmettre aux filles des connaissances en SSR. De même les Fadas et les écoles de maris constituent aussi des espaces d'apprentissage pour les hommes.**

## 4.2. Facteurs défavorables et défis

L'éloignement des centres de santé ne facilite pas l'accès aux services «*7 femmes ont accouché à la maison la semaine passée. Souvent elles accouchent en absence des maris partis en migration* » (Relais communautaire de Kaguirga). Partout où les femmes sont proches des centres de santé, elles y accouchent

Le système d'entraide sociale bâti autour des cérémonies de baptêmes et mariages (Biki et Gara) encourage respectivement les accouchements et les mariages pour récupérer les cadeaux offerts et pour recevoir des stocks de vivres, etc. L'appui à la résilience des ménages à travers ces pratiques est une réalité.

La ménopause sociale a des effets négatifs sur la pratique de la PF. Après le premier né, la femme doit avoir un maximum d'enfants. Surtout si l'ainée est une fille, elle ne dispose que de 15 années environ pour avoir le nombre d'enfants désiré (en supposant que la fille ainée se marie à 15 ans). Si l'ainé est un garçon, elle dispose de plus de temps. C'est une des raisons pour laquelle les femmes commencent la

PF après le sixième ou septième enfant; cela correspond au concept de «*hutu*» ou repos avancé par le discours étatique pour promouvoir l'utilisation des produits contraceptifs. *«On ne commence l'utilisation des contraceptifs lorsqu'on n'a pas assez d'enfants. Celles qui arrivent à espacer les naissances naturellement avec l'allaitement, n'ont pas besoin de faire usage des contraceptifs ; ce sont celles qui ont des grossesses pendant l'allaitement qui doivent prendre les contraceptifs pour éviter cette honte. Et cela rend malade l'enfant qui allaite. Ces femmes se doivent de protéger la santé de l'enfant en prenant des contraceptifs jusqu'au sevrage»* (Focus groupes femmes de Dan Kada, Kaguika, Janguéro).

### 4.2.1. Les informations sur les méthodes contraceptives

Les leaders religieux, les tradipraticiens sont de façon tacite, plus favorables aux méthodes traditionnelles qui relèvent de leur champ d'action. Les méthodes modernes, confondues aux soins de santé, sont en train d'être acceptées.

Les résultats de cette analyse incitent à dire que les tentatives de décaler l'âge de mariage de la jeune fille par l'Etat ne sont pas les solutions les plus performantes et les plus durables, car elles combinent la fréquentation de l'école et le mariage. Il faut plus miser sur les effets liés au niveau élevé d'éducation et d'information des filles et des garçons pour baisser le nombre d'enfants par femme, que sur la seule augmentation de l'âge au premier mariage des filles. La bonne utilisation des contraceptifs dépend de leur capacité à rompre avec les normes pour la recherche d'un «mieux-être».

**Recommandations**

Si les anciens obstacles demeurent, de nouveaux obstacles sont apparus, notamment avec la montée (depuis une vingtaine d'années) d'un Islam radicalisé interprété et véhiculé par des personnes peu ou pas formées, non contrôlées, et qui entretiennent les dynamiques patriarcales locales ou nationales au détriment des femmes et des jeunes. Ceci suppose une démarche globale, un réel engagement de l'Etat, des érudits en Islam, au-delà de celui des projets de développement. La loi sur la scolarisation des filles et des garçons ne concerne que celles et ceux qui sont scolarisés.

Les informations aux communautés concernant l'accessibilité aux services et produits SSR et la disponibilité des contraceptifs ont enclenché leur utilisation par les femmes mariées sur autorisation des maris. D'autres catégories aspirent aux produits en matière de SSR et les utilisent en cachette par crainte de stigmatisation. L'accès aux services est limité par la distance géographique et la barrière financière pour les femmes.

Des relais communautaires plus engagés faciliteront sans conteste l'accès de tous aux produits SSR. Leur formation de base devra être adaptée à une politique qui se veut aussi moins limitative.

Des prêches favorables à la SSR à travers l'implication des chefs religieux en lien avec la résilience des ménages et la responsabilité des chefs de ménages permettront de relever les craintes socioreligieuses qui subsistent.

# Conclusion

Le Niger est loin de s'approcher de la transition démographique, et d'en toucher les dividendes. Le pays voit depuis plus de 20 ans son taux de croissance démographique stagner, voire augmenter, pour être le plus élevé au monde. Parallèlement à cette situation, le Niger reste un des pays les plus pauvres du monde. La fécondité et la pauvreté sont étroitement corrélées, et au Niger la fécondité demeure la première richesse des pauvres, la première source de valorisation sociale pour les hommes comme pour les femmes. C'est la descendance, essentiellement masculine, qui constitue l'assurance vie, la famille nombreuse, une valeur universellement reconnue.

Ce contexte entretient une «spirale du pire» corrélant descendance nombreuse, polygamie, mariage précoce des filles, espérance de vie scolaire toujours limitée pour ces dernières et analphabétisme féminin toujours écrasant, dynamiques de pouvoir patriarcales et gérontocrates confortées par la coutume et la religion – voire les systèmes politiques - en l'absence d'alternatives convaincantes. Il est difficile de penser que des messages visant à limiter les naissances ou des facilitations d'accès à des contraceptifs de qualité suffiront à faire baisser l'accroissement démographique, pourtant préconisé ouvertement par le Niger dès 1984; mais depuis, le Niger a triplé sa population (de 7 millions à 21 millions). La démarche en matière de SSR se veut holistique (Etat à travers le Ministère de la Sante et le Ministère de la population, les services déconcentrés, les communes etc.) et basée sur une meilleure communication par l'Etat au-delà du concept de l'espacement des naissances (*rouroutsa*) et repos (*houtou*), la recherche d'un mieux vivre et mieux être pour les enfants.

Des études complémentaires pour évaluer le niveau de pauvreté dans les grands ménages et les plus petits sont nécessaires pour disposer d'informations et de données plus fines sur la question afin de mieux convaincre les ménages nigériens. De même une meilleure connaissance des relations entretenues par les hommes et les femmes des communautés avec les contraceptifs traditionnels est à cerner. Elle servira aussi à identifier et à mieux connaître les contraceptifs traditionnels dans leur diversité.

Cependant, on note un élément positif concernant la PF : une petite proportion des jeunes qui aspirent à moins d'enfants émergent dans les communautés, et ceux-ci citent comme raison une meilleure résilience.

Les pistes programmatiques identifiées dans la prochaine section résument les propositions issues de cette étude pour la mise en œuvre du projet ASPIRE.

# Recommandations programmatiques pour ASPIRE

| Domaines | Principaux constats | Pistes d'actions programmatiques |
|---|---|---|
| Obstacles sociaux culturels comportementaux | Rigidité des positionnements socio-culturels renforcée par la pauvreté rurale et la vulnérabilité des familles face au manque d'opportunités fiables susceptibles de justifier un changement de comportement<br><br>Réactions de blocage face aux risques: Mobilité restreinte des jeunes femmes pour les AGR et y compris pour l'accès aux services SSR | Renforcement des actions en faveur de la résilience des familles vulnérables, notamment des AGR des femmes ; création d'opportunités économiques pour les jeunes (MMD pour les jeunes filles et jeunes femmes,) avec prise en charge des frais de déplacement (taxi moto) si présence au CSI incontournable. |
| | Toujours faible Capacité décisionnelle des jeunes femmes et dans une moindre mesure des jeunes hommes // mariage et fécondité: l'intérêt de la grande famille prime sur celle des individus<br><br>Valorisation générale de la fécondité plus que jamais valeur-refuge dans un contexte de pauvreté généralisée | Organisation de débats informés sur vulnérabilité - fécondité, mieux d'enfants contre plus d'enfants, enjeux familiaux, locaux nationaux; portée par une association active des religieux et leaders d'opinions |
| | Perception sociale de chacun des produits SSR et de leur utilisation: méfiance et stigmatisation perdurent, surtout chez les hommes du fait de la perte de contrôle qu'elle entraine, de la désinformation, de produits inadaptés ou de mauvaise qualité (pharmacie par terre);<br><br>Retours aux produits traditionnels après saignements constatés avec piqures: déficience professionnelle des CS dans les SSR; insuffisante prise en compte des méthodes traditionnelles de contraception, souvent plus efficaces dans les comportements que dans les produits eux-mêmes.<br><br>découragement avec les implants mal placés: l'acceptabilité sociale n'a pas été suffisamment prise en compte | Services SSR mobiles avec tournées régulières dans les villages, au moins pour l'information;<br><br>Poursuivre travail d'éducation / sensibilisation, notamment à travers les groupements féminins (MMD) les fadas des jeunes,<br><br>Débats informés, vidéos, voir débat national, priorité nationale donnée à la maîtrise de la fécondité (en langues nationales)<br><br>Information de qualité, utilisation des NTIC, cellulaires, messages vidéos avec discussion;<br><br>Entrée par les jeunes couples avec valorisation de la décision commune; cibler les jeunes avec des messages jeunes, délivrés par des jeunes (esprit peer to peer) |

| Domaines | Principaux constats | Pistes d'actions programmatiques |
|---|---|---|
| | | Amélioration de la qualité et du contrôle des produits SSR et de la formation des personnels CS<br><br>Débats informés avec les tradipraticiens et leaders religieux: réhabiliter certaines pratiques traditionnelles en proposant des améliorations de l'existant<br><br>Diversifier l'offre contraceptive et améliorer les techniques et formations |
| Dynamiques de pouvoir | Autre pression sociale exercée par la communauté (leaders communautaires ou religieux, etc. ou les parents et amis): sensible dans la compétition pour la valorisation par le nombre d'enfants et la polygamie<br><br>Le poids démographique comme valeur-refuge des pauvres, ou cycle de vulnérabilité auto-entretenu | Organiser des débats informés avec les diverses catégories d'acteurs sans stigmatisation; pourrait-on travailler sur la polygamie: entente entre coépouses plutôt que compétition? |
| Obstacles financiers | Pas de prise en compte des coûts-bénéfices dans la scolarisation des grandes filles, et aussi des grands garçons vs migration, mendicité des talibés, départ de la fille en mariage<br><br>Pas d'assurance – vieillesse ou accidents autre que l'appel aux enfants – qui doivent donc être assez nombreux<br><br>Les bikis de baptêmes sont des sources de revenus importants pour les femmes et le système de don-conte don majoré incite à la natalité | Plaidoyer pour des aides sociales: bourses de scolarisation, travail sur les assurances, mutuelles sociales… (cf MMD)<br><br>Réflexion à conduire avec les groupements féminins MMD, les fadas et les écoles des maris sur le capital social, le financement des AGR |
| Obstacles techniques & logistiques des services de SSR | La position géographique du centre de santé limite l'accès par certaines catégories de personnes La distance du centre de santé a un impact sur la fréquentation par les femmes et/ou les hommes: coûts/ disponibilité des produits, transport, temps perdu/attentes | Plaidoyer politique nationale de population<br><br>Services mobiles, déconcentrés et décentralisés<br><br>Ouverte des questions de SSR dans les écoles, collèges et lycées<br><br>Formation des agents et agentes de santé; |

| Domaines | Principaux constats | Pistes d'actions programmatiques |
|---|---|---|
| | La personnalité de l'agent de santé ou relais communautaire : homme ou femme, étranger ou de la communauté, son positionnement sur la SSR , son attitude envers les jeunes; | Critères de recrutement plus précis: pas de pro-natalistes recrutés<br>Formation à l'accueil et à l'écoute des jeunes |
| | Qualité improbable des services notamment de la pause des implants au niveau des cases de santé et manque d'informations fiables sur la réversibilité, les effets secondaires: méfiance créée, source de rejet des produits | information et contrôle qualité<br>Suivi gratuit et bienveillant des femmes traitées |
| Perception sociale de la SSR | La SSR reste perçue comme du domaine de la famille et du religieux, ne relevant pas totalement d'une décision du couple – père et mère: la sexualité, la reproduction relèvent de l'ordre social, et de la reproduction de cet ordre social; pas des acteurs directs comme le jeune et la jeune fille, l'époux et l'épouse | Débats informés: placer les enjeux au-delà du cercle familial: communauté, village et même région |
| Catégories des personnes autorisées selon les normes | Les normes n'ont guère changé: le tabou des relations hors mariage reste absolu surtout pour les filles, mais il est mal vu pour les jeunes hommes aussi; | Ne pas stigmatiser, travailler sur les courts, moyen et long termes, avec des marqueurs réalistes et motivants: scolarisation des filles, rôle des femmes dans la communautés, partage de la responsabilité parentale ou du chef de famille (cf; la Moudawana au Maroc) , |
| Conditions (normales) ou cas normaux d'utilisation des produits SSR | Pour les filles le passage obligé à l'âge adulte et à la respectabilité est la maternité; cette reconnaissance est désirée au plus tôt.<br>Mariage précoce va de pair avec grossesse précoce: la SSR n'est pas utilisée par les couples pour retarder la première grossesse, sauf si la future mère est encore un enfant de moins de 12 ans<br>Il faut avoir prouvé sa fécondité et épuisé son capital-temps fécondité pour les femmes avant d'avoir libre accès à la PF: contraintes de la ménopause sociale (15 à 30/35 ans), compétition entre coépouses | Position des femmes (MMD)<br>Leaders religieux |

| Domaines | Principaux constats | Pistes d'actions programmatiques |
|---|---|---|
| | Les produits de SSR sont très utilisés non pour contourner/ transformer les normes sociales mais pour les respecter et éviter la honte : écart inter génésique à respecter (durée allaitement), ménopause sociale …<br><br>Discrétion et dissimulation parfois vis à vis du mari ou des vieux parents – d'où préférence pour les produits discrets (injections)<br><br>Pilules compliquées à utiliser pour les analphabètes et peu discrètes en cas de contournement d'autorisation du mari<br><br>Les non autorisés sont les jeunes non mariés, les jeunes femmes qui n'ont pas atteint leur quota de fécondité (6-8 enfants, voire plus)<br><br>Cela prouve que les décideurs ne sont pas toujours les premières concernées: le mari, les parents, l'Imam ont une forte influence sur la prise de décision du couple, surtout jeune<br><br>Produits SSR ont parfois mauvaise réputation: recours aux méthodes traditionnelles mieux acceptées socialement, mais problème d'efficacité? | Réflexion et discussions: quelles alternatives voient les femmes?<br><br>Adaptation à la demande, sans forcer: écoute, et réponse de qualité<br><br>Forte entrée par les jeunes: jeunes hommes, Jeunes couples, hommes et femmes agés, leaders, influenceurs et influenceuses |
| Informations sur accessibilité | Concept familier et accepté de *houtou* (repos) reposant sur des pratiques anciennes et traditionnelles ancrées dans les cultures (abstinence, allaitement prolongé, non-respect des espaces inter génésiques stigmatisé, etc)<br><br>Information sur la contraception moderne a circulé (connaissance par tous d'au moins un produit) mais: qualité de l'information? | Vulgarisation de la politique nationale de la population<br><br>Dédiaboliser la SSR, et démontrer le progrès: causeries, visites, éducation; voire possibilité d'associer les instituteurs et professeurs, leaders religieux, etc.<br><br>Prêches communautaires |
| Autonomisation en SSR | Intérêt montant des jeunes couples et revendication de prise de décision par eux-mêmes et non par la gérontocratie familiale | Ecoles des maris intégrant formation des relais communautaires mais aussi importance de la scolarisation des filles et des garçons, etc |

| Domaines | Principaux constats | Pistes d'actions programmatiques |
|---|---|---|
| | Niveau de scolarisation des filles en progrès, mais concurrence forte du mariage précoce et de la pesanteur de la «ménopause sociale»<br><br>Mise à profit des nouveaux savoirs et comportements des jeunes migrants, souhaits de confort et de mieux vivre, dans un contexte d'éclatement de la grande famille, et d'urbanisation, et de modes de vie non agricoles<br><br>Eloignement du centre SSR est un fort handicap, et aussi la perte de temps, la faible qualité de l'accueil et des prestations fournies dans les cases de santé<br><br>Existence des pharmacies par terre sur les marchés. Comment contrôler la qualité des produits, comment les associer (souvent des jeunes)<br><br>La contraception traditionnelle est préférée des hommes et leaders religieux et tradipraticiens qui gardent le contrôle;<br><br>Mais le nombre souhaité d'enfants reste très élevé, y compris chez les agents de santé communautaires hommes, moins chez les femmes et les jeunes | Structurations des jeunes filles avec un guide de formation comportant les thématiques suivantes: scolarisation, info sur la puberté, les pratiques essentielles, la PF,<br><br>Mise en place de groupes MMD comme espace de sensibilisation, mais aussi appui à l'autonomisation économique (meilleur accès au centre de santé)<br><br>Associer et appuyer les pharmacies: appui à l'approvisionnement<br><br>Appui a plus de visibilité de la contraception traditionnelle, pour une acceptation de la contraception moderne |
| Appui aux centres de santé | Formation technique ou recyclage pour les implants pour les agents des cases de santé | Solide formation en communication, écoute attentive et en diversification de l'offre selon le profil des interessé.es |
| Amélioration de l'environnement de la SSR | Prise en compte des projets de vie et visions des jeunes couples | Conduire des études locales précises sur:<br><br>Le nombre d'enfants souhaités, les enfants effectivement nés, le pourquoi des écarts, etc.; rendre compte des résultats, partager, discuter concrètement. |

En conclusion l'approche devrait comprendre les activités suivantes:

- Formation et recyclages des agents des cases de santé sur la pause des implants
- Formation des agents de santé à l'accueil et à l'écoute des jeunes, hommes comme femmes, jeunes couples pour lutter contre leur ignorance quant à la SSR
- Formation des relais communautaires en sensibilisation sur des thématiques adaptées (meilleure couverture par site)
- Renforcer la démarche avec le recours au sorties foraines (services techniques déconcentrés) et activités / espaces sûrs
- Renforcement de capacité des structures en SSR des écoles de maris, des groupements MMD, de Pairs éducateurs (filles et garçons).
- Travailler avec les plates formes innovations comme porte d'entrée
- Travailler avec les leaders religieux en faisant des prêches sur la polygamie, biki, PF résilience et responsabilité du chef de ménage, etc.
- Utiliser les radios communautaires ; débats ouverts aux appels téléphoniques des auditeurs
- Capitaliser les expériences de projets comme ; Imagine (focus sur les influenceurs.)
- L'utilisation des NTIC est importante avec l'arrivée des cellulaires au village. Messages: vidéo et audio WhatsApp, des mini séries réalisées par /avec les jeunes, sur les questions relatives à la SSR; vulgariser des exemples d'autres pays musulmans qui n'ont pas 8 enfants par femme (comme le Maroc, et même Arabie saoudite) etc.
- Suivi participatif de certaines contraintes comme espacement effectif des naissances
- Etude sur la contraception moderne : Perceptions sociales, forces et faiblesses
- Entreprendre des activités qui viennent en appui à la résilience des ménages conformément aux aspirations des personnes enquêtées
- Information sur agriculture familiale et intensive avec le National Network of Chambers of Agriculture of Niger (RECA) y compris culture irriguée (céréales)
- Maraichage comme base pour sécurité nutritionnelle (mères et enfants)
- L'éducation étant perçue comme un facteur déterminant, la mise en place des centres d'alphabétisation et d'éducation des jeunes femmes et jeunes des hommes est nécessaire (SMS et meilleure utilisation téléphone mobile)
- Eau potable pour améliorer l'hygiène et assainissement
- Elevage de petits ruminants et volailles sous la supervision du comité santé et comité élevage afin de la rendre durable (sécurité nutritionnelle et économique)
- Formation en AGR des femmes
- Etude sur la résilience des grands et des petits ménages dans la zone du projet

# Bibliographie

**Bejing + 5,** «*les femmes et la prise de décision*», égalité entre les sexes, développement et paix pour le XXI ème siècle, fiche descriptive numéro 7, New York, 2000

**CEDEAO et FNUAP**, Consultations régionales avec les confessions religieuses sur la SSR et le dividende démographique, octobre 2015

**Diarra Marthe** Evolutions à long terme de l'organisation sociale et économique (relations de genre) dans la région de Maradi, Dry Lands Research / Université de Cambridge – Working Paper 26 ; série Niger - Nigeria; juin 2001

**Diarra Marthe**, «*L'analyse genre avec intégration de la protection transversale-ACF*», dans les régions de Maradi et Tahoua (Niger) 2020

**Diarra Marthe, Monimart Marie**, *Etude genre et adaptation à base communautaire en région de Maradi* (Dakoro), Care international, juillet 2014),

**Diarra Marthe et Monimart Marie**, F*emmes sans terres, femmes sans repères* in Bulletin Zones Arides IIED, dossier n° 143, novembre 2006 (traduit en anglais)

**Diarra Marthe, Madougou D et Diouf A,** *Crises alimentaires, genre et résilience au Sahel : Enseignements tirés de la crise 2012 au Burkina Faso, Mali et Niger*, in Rapport de recherche Oxfam, juin 2014 (traduit en anglais)

**INS-Niger,** *Rapport thématique sur la « Natalité et Fécondité » du quatrième (4ieme) recensement général de la population et de l'habitat (RGP/H) 2012*, 81 p. 2015

**INS-Niger**, *Rapport final de l'Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Niger* (EDS-MICS, III), 465p ; 2006.

INS-Niger, *Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger* (EDS-MICS, IV), 486p, 2012.

**IPPF**, *la santé et les droits sexuels et reproductifs : la clé à l'égalité entre les genres et à l'autonomisation de la femme*, *vision 2020*

**Kabeer, Naila**. *Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement de women's Empowerment. Development et Change* 30 : 435–64, 1999.

**Masquelier Adeline, Jane Owens et Marthe Diarra**, *A propos d'hommes et de femmes au sujet des normes sociales au Niger*, Banque mondiale, juin 2014.

**Moulaye Hassane**, *Etude sur les facteurs de vulnérabilité et facteurs de résilience des communautés face à Boko Haram à Diffa*, Mercy Corps, 2017

**NICOLAS Guy, DOUMESCHE Hubert, DAN MOUCHE Maman**, *étude socio économique de deux villages hausa : enquête en vue d'un aménagement hydro agricole, vallée de Maradi, Niger,* IFAN NIGER, CNRS PARIS, Etudes Nigériennes n °22, 257 pages + annexes 35 pages

**ONU Femmes**, *Argumentaire islamique pour la promotion des droits de la femme et l'enfant au Niger*, 30 pages, 2011.

**Save the Children,** *Mettre fin au mariage des enfants en Afrique de l'Ouest: Améliorer la mise en ouvre de Politiques et le processus de Budgétisation, Focus sur La Sierra Leone et le Niger*, 2020,

**TANGO,** «*Evaluation finale des activités du projet Rise II sur la résilience au sein des ménages en lien avec l'avènement de la pandémie COVID-19», dans les régions de Maradi, Tillabéri et Zinde*r (Niger), 2020.

# Annexe – Cadre d'analyse genre

| AREAS OF INQUIRY | AGENCE | STRUCTURE | RELATIONS |
|---|---|---|---|
| **Division du travail** | • Liberté de décision par rapport au travail<br>• Temps disponible au delà du travail (pauvreté de temps) | • Rôles : Productif / Reproductif, travail de communauté<br>• Conditions et rémunération du travail | |
| **La prise des décisions au sein de ménage** | • Capacité a prendre des décisions pour soi-même, sa famille, son ménage<br>• Valeurs personnelles liées a la prise de décision | • Normes en terme de prise de décisions<br>• Politiques ou doctrines extérieures qui impose du pouvoir sur la prise de décision pour différent groupes | • Dynamiques de négociation et d'influence<br>• Prise de décision coopérative |
| **Contrôle sur les actifs** | • Confiance en soi et pouvoir de négociation<br>• Contrôle sur les actifs | • Accès au travail, moyen de subsistance<br>• Distribution des ressources : actifs, revenus et distribution d'aide matérielle.<br>• Normes et lois entourant le travail payé et les droits d'héritage | • Dynamiques de prise de décision au niveau du ménage<br>• Dynamiques de négociations autour du travail payé |
| **L'accès aux services et aux espaces publics** | • Mobilité liée au contrôle de son corps et de ses relations | • Accès à la santé et l'hygiène (SDSR, WASH, santé, soutien psychosocial)<br>• Accès au logement<br>• Accès à l'éducation | • Aide mutuelle, et soutien/soin collectif |
| **La participation dans la prise des décisions publiques** | • Voix et leadership dans les initiatives et les services, par différent groupes, âges et genres. | • Décisions et budget dans les services et initiative, incluant divers groupes impactés par des urgences/crises | • Réseaux de solidarité parmi ceux qui sont impactés par des urgences/crises revendiquent leurs intérêts, positions et besoins |
| **Contrôle du corps et des relations** | • Connaissance et capacité a absorber et anticiper les chocs, s'adapter et transformer les facteurs de risque<br>• **Liberté de décision par rapport à la SSR**<br>• **Pouvoir pour décider si/quand/qui marier et les conditions du mariage**<br>• Connaissance des droits et de la santé de la reproduction | • **Idées autour ce qu'être "une femme" ou "un homme" signifie**<br>• Liberté de rester, liberté de se déplacer, liberté de rentrer (mobilité, déplacement et droit au retour)<br>• Lois autour de la famille et des réfugiés<br>• **Dynamiques liées a si et quand avoir des enfants**<br>• **Services de santé de qualité et accessibles** | • **Pratiques de mariage (Mariage précoce ou force, polygamie, patriarchie)**<br>• **Transaction de mariage: prix de mariée, dot**<br>• Conscription forcée |
| **Violence base sur le genre** | • Liberté de décision des survivants après des préjudices<br>• Responsabilisation des auteurs de violence | • Réponses et soutien centrés sur le/la survivant(e)<br>• Normes, conditions et lois qui perpétuent les préjudices (oppression, normes, pratiques préjudiciables) qui perpétue les préjudices<br>• Taux de mortalité par genre/identité de groupe et les causes | • Violence entre partenaire et au sein du ménage, y compris les mutilations génitales<br>• Les relations de communauté et la responsabilisation qui permet d'éviter, s'arrêter et de répondre aux violences |

| AREAS OF INQUIRY | AGENCE | STRUCTURE | RELATIONS |
|---|---|---|---|
| | | | • Violence dans les espaces publiques |
| **Les aspirations et l'estime de soi** | • Assurance<br>• Aspirations<br>• Bien-être émotionnel<br>• Connaissances et compétences<br>• Expériences | • Normes sociales et statuts qui lient ou isolent certaines personnes, ou qui élèvent ou méprisent certaines personnes | • Soutien émotionnel et social |

**CARE International UK**

c/o Ashurst LLP

London Fruit & Wool Exchange

1 Duval Square, London E1 6PW

www.careinternational.org.uk

Registered charity number: 292506