

De l'autonomisation de la femme à la pratique contraceptive en milieu rural nigérien : l'apport d'une approche intégrée au niveau communautaire

Nouhou Abdoul Moumouni, PhD, Directeur, L'Initiative OASIS Niger

Sanoussi Chaibou, MS, Chercheur ethnographe, L'Initiative OASIS Niger

Chaibou Halidou Illiassou, MGD, Assistant de recherche, L'Initiative OASIS Niger

Résumé (143 mots)

Tout dernièrement, Population Service International a mis en œuvre un paquet intégré et évolutif d'activités visant à améliorer simultanément l'autonomisation des femmes et l'accès à la planification familiale dans le cadre des jardins gérés par les femmes. Cette étude met en valeur les travaux de recherche effectués par L'Initiative OASIS Niger dans le cadre de l'évaluation de ce concept dénommé « *Room To Grow* ». L'étude porte sur un échantillon de 628 femmes âgées de 15-49 ans réparties entre 20 villages dans trois départements de la région de Zinder. À travers la méthode de double différence et des modèles de régression logistique et multinomiaux, ce document examine la validité de l'hypothèse du lien entre l'autonomisation de la femme et la pratique contraceptive. Si les résultats descriptifs sont en faveur de cette hypothèse, seules les analyses multivariées (en cours) permettront de tirer une conclusion plus précise.

--*--

Introduction

Que ce soit sous forme de promotion de la scolarisation des jeunes filles ou sous forme de renforcement de l'agenceité des femmes, l'autonomisation est aujourd'hui un élément central des interventions en faveur de la planification familiale au Niger. Sous forme de capacité de prise de décisions, l'autonomisation de la femme est également un chaînon important de la stratégie de la Fondation Bill & Melinda Gates en matière de planification familiale (PF). Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Repositionnement de la Planification Familiale (PF) au Niger, Population Services International (PSI) a mis en œuvre un paquet intégré et évolutif d'activités visant à améliorer simultanément, entre autres, l'autonomisation des femmes et l'accès à la PF dans le cadre des jardins gérés par les femmes dans la région de Zinder. L'Initiative OASIS Niger a conduit des enquêtes qualitatives et quantitatives avant et après les interventions du projet pour en saisir la portée et l'impact sur les communautés. Les données collectées conviennent à une analyse des liens entre l'autonomisation des femmes et leur pratique contraceptive. C'est l'objet de cette étude dont l'objectif principal est de répondre à la question : « Quel rôle joue l'autonomisation des femmes sur leur recours aux méthodes modernes de contraception en milieu rural nigérien? ».

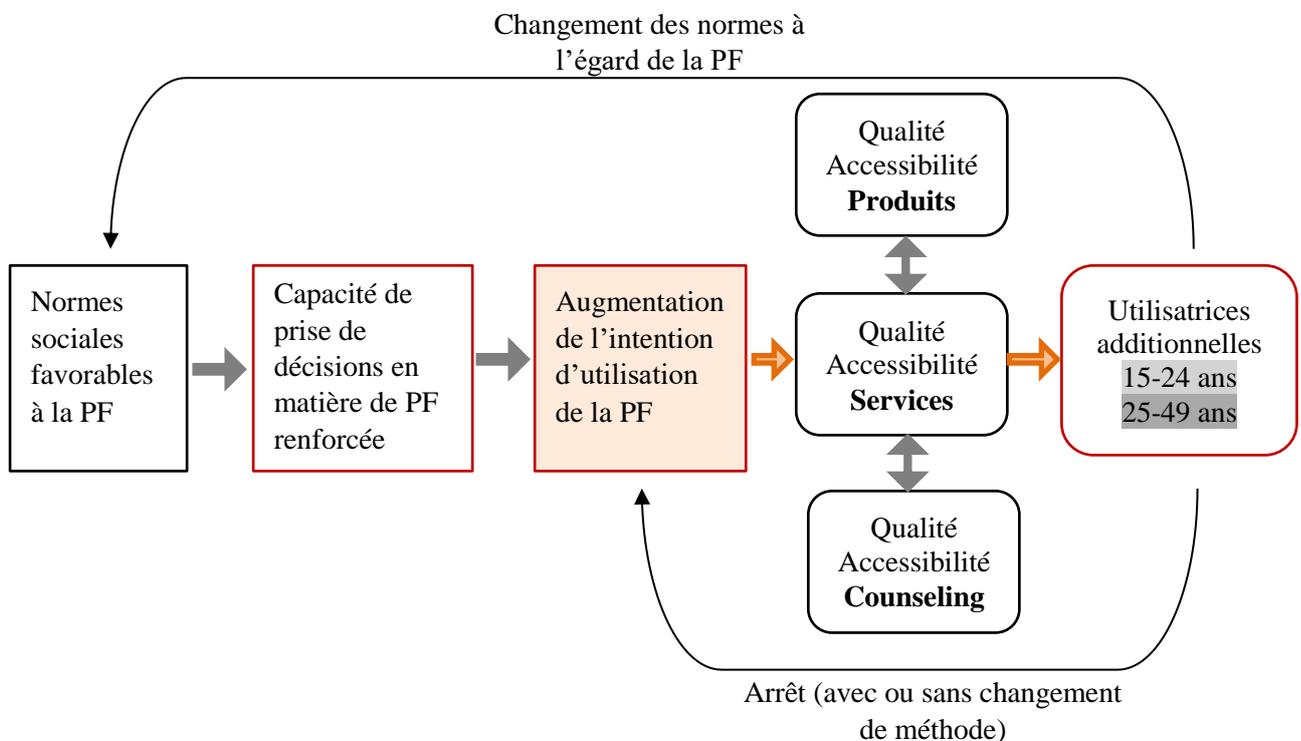
1. Objectif principal

L'objet de la présente étude est d'examiner le lien entre la pratique contraceptive et l'équité de genre en milieu rural nigérien parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans.

2. Cadre théorique et hypothèses

La figure 1 présente le schéma théorique sur lequel se base les interventions du projet en matière de promotion de la planification familiale. Des normes sociales favorables à la planification familiale permettraient de renforcer plus facilement la capacité des femmes en la matière, ce qui entrainerait un regain d'intérêt au recours à la contraception moderne (sous couvert de la qualité et de l'accessibilité aux produits, services et counseling).

Figure 1. Schéma théorique des liens entre la capacitation des femmes et la pratique contraceptive



En retour, une augmentation significative de nouvelles utilisatrices de la planification familiale pourrait affecter les normes sociales et garantir ainsi une plus grande marge de manœuvre aux femmes dans la gestion de leur vie reproductive. Cette étude se focalise sur les liens entre l'ensemble de facteurs associés à l'autonomisation de la femme et la pratique contraceptive. Les questions qui guident l'investigation sont donc les suivantes :

Quels sont les effets d'une amélioration de l'autonomie de la femme sur sa pratique contraceptive ? Quelle est la nature des liens entre ces deux éléments ? Quels sont les facteurs qui modulent ces effets ?

3. Méthodes

3.1 Zone d'étude

Le paquet d'activités a été mise en œuvre sous le label du projet Room To Grow. L'intervention a couvert les départements de Mirriah, Gouré et Kantché dans la région de Zinder. Vingt (20) villages ayant des jardins communautaires ont été touchés, dont dix (10) comme sites d'intervention et dix (10) comme sites témoins.

3.2 Échantillonnage

Le tirage est effectué suivant un plan d'échantillonnage stratifié à deux degrés (villages et femmes). Il a concerné au premier degré 20 villages (10 d'intervention et 10 témoins) avec probabilité proportionnelle à la superficie des jardins communautaires. Au second degré, 30 femmes ont été systématiquement tirées dans chacun des villages. Au total, 628 femmes âgées de 15-49 ans ont été enquêtées dont 313 dans les sites d'intervention et les autres dans les sites témoins.

3.3 Variables principales

- La pratique contraceptive est mesurée par l'utilisation actuelle (au moment de l'enquête) d'une méthode contraceptive moderne.
- L'équité de genre est appréhendée par la participation de la femme à la prise des décisions dans le ménage, son autonomie sur le plan de la gestion de sa vie reproductive, la communication entre les conjoints, la mobilité en dehors du foyer et l'accès aux opportunités économiques.
- Les autres variables de contrôle sont l'âge de la femme, son niveau d'instruction, son statut matrimonial, le lien avec le chef de ménage, son statut de santé, etc.

3.4 Méthodes d'analyse

L'étude utilise les approches qualitatives et quantitatives (approche mixte). Le présent article se limite à l'exploitation des données quantitatives. Avant et après la mise en œuvre du projet, deux opérations de collecte des données ont eu lieu, ce qui permet de décrire la situation des communautés ciblées sur le plan de l'équité de genre et la planification familiale. Le recours à la méthode de double différence permet d'évaluer les changements induits sur ces deux dimensions pendant la période d'intervention. Des analyses approfondies à travers des modèles de régression logistique et des modèles multinomiaux nous permettront d'examiner les liens entre ces variables et de les expliquer, le cas échéant.

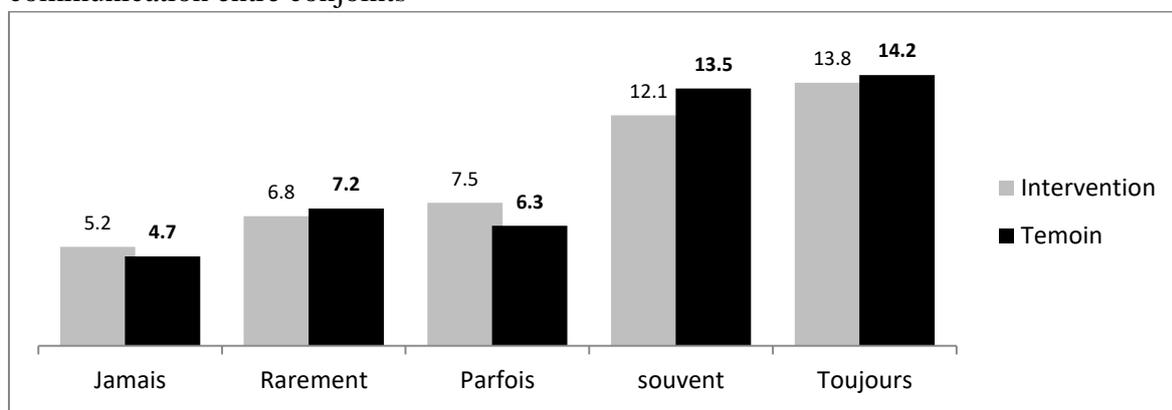
4. Principaux résultats

Les principaux résultats portent sur l'évolution des indicateurs de la planification familiale et de l'équité de genre (indicateurs d'effet et d'impact du cadre logique du projet). Il ressort globalement que des progrès notables ont été enregistrés dans la zone d'intervention comparativement à la zone témoin, surtout en matière de planification familiale. Les avancées en matière d'équité de genre restent mitigées. Si la participation de la femme à la prise des décisions au sein des ménages s'est améliorée, la perception de la répartition traditionnelle des rôles et le dialogue conjugal n'ont pas connu de changements significatifs.

4.1 Résultats descriptifs

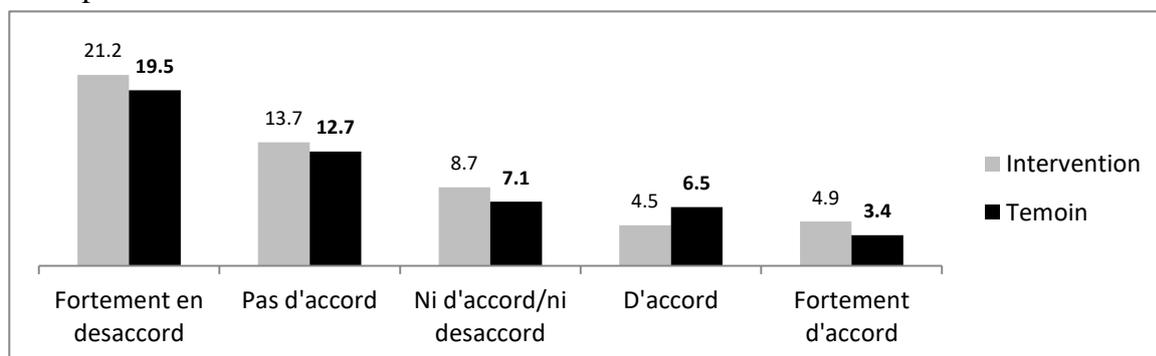
Avant le début des interventions du projet, une enquête de base nous permet d'examiner l'association entre les indicateurs d'autonomisation de la femme et ceux relatifs à la pratique contraceptive. Aussi bien dans les sites témoins que dans les sites d'intervention, une communication plus fréquente entre les conjoints s'accompagne d'une plus utilisation plus fréquente de la contraception moderne chez la femme. La proportion des femmes utilisatrices d'une méthode moderne de contraception passe du simple (5,2% et 4,7%) au double, voire même au triple (13,8% et 14,2%) en passant des couples où la communication entre les conjoints est absente à ceux où elle a toujours lieu.

Figure 2. Proportion d'utilisatrices de la contraception moderne selon le degré de communication entre conjoints



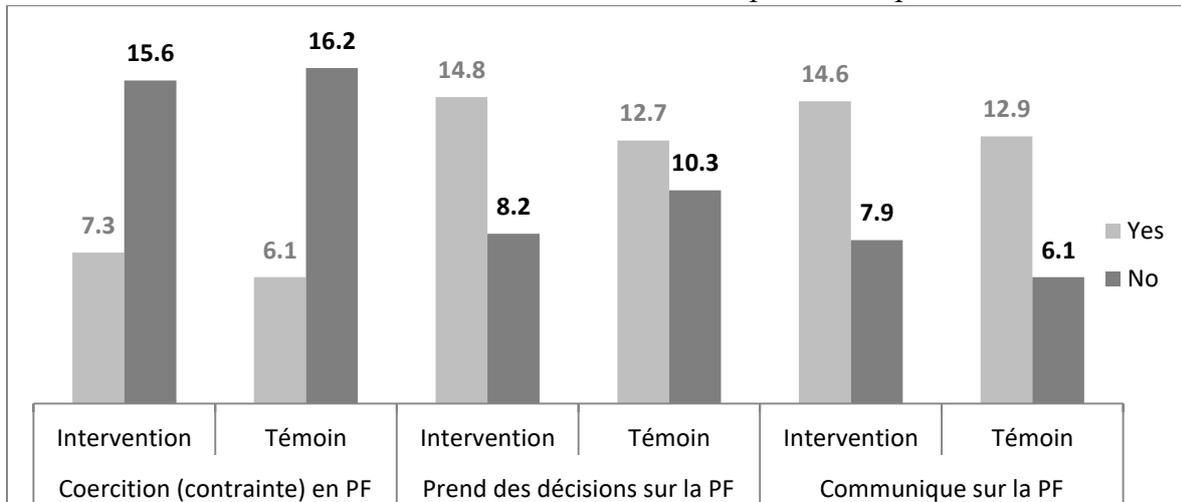
La proportion des femmes utilisatrices d'une méthode moderne de contraception par contre diminue avec une plus grande acceptation de la répartition traditionnelle des rôles. Les femmes qui sont en désaccord avec cette répartition des tâches utilisent plus souvent une méthode de contraception moderne. Inversement, celles qui s'accommodent plus à cette répartition font rarement recours à la contraception moderne.

Figure 3. Proportion d'utilisatrices (%) de la contraception moderne selon l'adhésion ou non à la répartition traditionnelle des rôles



L'échelle d'autonomie reproductive apporte une information plus précise sur ce qui affecte la capacité des femmes à recourir à la contraception moderne. Communiquer sur la planification familiale avec le conjoint et prendre ses propres décisions sur le recours à la planification familiale semblent deux facteurs importants.

Figure 4. Proportion de femmes (%) utilisatrices d'une méthode de contraception moderne selon leur statut sur les trois sous-échelles d'autonomie reproductive par sites



Disposer de ces marges de manœuvre est crucial pour la capacité de la femme à utiliser une méthode contraceptive moderne. Les facteurs contraignants par contre (coercition) limitent cette capacité (pression du mari ou de la belle famille, sentiment de menace, etc.).

Au-delà des associations entre les deux variables clés (pratique contraceptive et autonomisation des femmes), il convient de s'interroger sur cointégration de leurs évolutions dans le temps. Cela revient à s'interroger si un plus grand épanouissement des femmes va de pair avec une amélioration de leur pratique contraceptive. Avant d'y arriver, l'analyse par la double différence fait ressortir les effets des interventions sur ces deux variables.

4.2 Pratique contraceptive et autonomisation des femmes : l'apport des interventions

L'intervention du projet a amélioré de manière significative l'accès à l'information sur la planification familiale et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes. La proportion de femmes ayant bénéficié de conseils en matière de PF a nettement augmentée (DD = 16,6% ; $p = 0,003$). Conséquemment, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a connu un bond significatif (DD = 4,7% ; $p = 0,000$). Les activités du projet ont surtout suscité l'engouement des femmes à essayer de nouvelles méthodes contraceptives. Comparativement aux sites témoins, la proportion de femmes ayant l'intention de recourir à la contraception a significativement augmenté dans les sites d'intervention du projet (DD = 7,2% ; $p = 0,001$).

La deuxième dimension dans laquelle les interventions du projet ont eu des effets significatifs est l'équité de genre. En effet, la participation des femmes à la prise des décisions au sein du ménage a connu une amélioration significative (DD = 0,16 ; $p = 0,001$). Aussi bien dans les décisions en matière d'achats ou de ventes des biens que dans les discussions relatives à leur santé et à la gestion de leurs propres revenus, les femmes des sites d'intervention ont un large avantage que leurs consœurs des sites témoins. Les avancées en matière de communication au sein du couple (DD = 0,10 ; $p = 0,212$) et d'adhésion à la répartition traditionnelle des rôles (DD = - 0,30 ; $p = 0,175$) ne sont pas significatives.

Conclusion et perspectives

Les résultats préliminaires de ce travail témoignent d'une association brute entre l'autonomisation de la femme et les comportements contraceptifs. L'intervention a permis d'améliorer la pratique contraceptive à travers l'accès à l'information sur les services et les méthodes. Par contre, sur le plan d'équité de genre, les effets de l'intervention restent nuancés. Mais les thématiques qui relèvent des valeurs sociales comme la répartition traditionnelle des rôles n'ont pas beaucoup évolué. Ce sont surtout les thématiques liées à l'accès aux ressources et/ou aux informations qui ont significativement évolué.

Comment alors lier les évolutions non synchronisées entre les variables clés pour mettre en évidence les effets de l'une sur l'autre ? Comment expliquer l'effet, s'il y en a, d'un progrès nuancé des indicateurs d'équité de genre sur l'amélioration de la pratique contraceptive ? Des analyses approfondies à travers des modèles de régression logistique ou des modèles multinomiaux nous permettront d'examiner ces liens et de les expliquer le cas échéant.

Annexe. Le projet Room To Grow : un aperçu

Philosophie d'intervention

Les activités menées dans le cadre du projet RTG se résument à un renforcement de capacité des acteurs locaux en matière de PF, nutrition et prise de décision concertée. Ces acteurs endogènes de changement sont les chefs des villages, les leaders religieux et les relais communautaires. Ils incarnent respectivement le pouvoir local, la légitimité religieuse et la notoriété médicale. Leur appartenance à la communauté en fait des vecteurs de diffusion de nouvelles valeurs sur le plan d'équité de genre, de nutrition et de la planification de la famille.

Acteurs endogènes de changement

Les chefs des villages. Ils ont joué un rôle important dans la conduite des activités du projet. Ils convoquent les réunions, encouragent les leaders religieux et les relais communautaires, interviennent lors des séances pour attirer davantage l'attention des populations, etc. De manière générale, leur implication a facilité l'organisation pratique des séances de sensibilisation et de formation. Leur leadership a permis de susciter l'intérêt des populations à l'égard des activités du projet.

Les chefs religieux. En général, ils ont été désignés par les chefs de village pour leur charisme religieux et l'écoute dont ils jouissent au sein de la communauté. Dans chacun des 10 villages d'intervention, deux leaders religieux ont été retenus et formés, dont parfois un homme et une femme. Leur choix est pertinent pour porter les messages sur l'équité de genre, le dialogue conjugal et la planification de la famille. Ce choix est davantage pertinent par l'inclusion des femmes oulémas qui ont de la facilité pour atteindre et mobiliser les femmes jusqu'à dans les jardins. Les hommes religieux animent des prêches thématiques au niveau des mosquées ou sur la place du village, mais rarement dans les jardins. Certains d'entre eux sont responsables de mosquée, ce qui accroît leur notoriété. Ils sont en générale âgés de 32 à 55 ans et ont animé entre 3 et 5 séances de sensibilisation par mois pendant la durée du projet.

Les relais communautaires. Le choix des relais communautaires a été fait avec l'appui des agents du projet. Dans les différents villages, des personnes (3 à 5) ont été proposées par la population en tenant compte des critères suivants : être disponible, être patient, être sincère, fréquenter les jardins, savoir lire et écrire. Les relais ont reçu une formation sur des modules qui ont porté sur les méthodes contraceptives, la prévention de la malnutrition par la diversification alimentaire, la propriété et l'hygiène, l'allaitement maternel exclusif. Les relais communautaires sont formés sur les démonstrations culinaires à base des aliments locaux. L'accent a été mis sur huit (8) recettes à base de produits locaux qui sont : Purée des légumes, Bouillie enrichie au koulikouli, Dan Waké, Foura da Mai, Koko au pain de singe, Soupe au poisson séché, Loulayan wake et Alala ou Dan Moui-Moui.

Activités du projet

Les activités du projet se résument à des séances de sensibilisation (relais communautaires) et à des prêches (leaders religieux) sur les places publiques, les mosquées et les jardins. Les leaders religieux se sont focalisés sur les sujets de la planification de la famille, l'équité de genre et le dialogue conjugal. Les leaders religieux ont concentré leurs interventions sur la sensibilisation sur les pratiques culinaires, la diversité alimentaire, la prévention de la malnutrition chez les enfants, l'allaitement maternel exclusif, la propreté et l'hygiène (lavage des mains), la planification familiale et les consultations prénatale et postnatale.