



PASSAGE

Projet d'approche solidaire en santé génésique

EuropeAid/120804/C/G/Multi

Accès et pratique de la planification familiale à Maroua

Mars 2009

Rapport d'enquête

Solange Ngo Yebga (UCAC/UMR 912/INSERM/IRD)

Odile Christiane Ossanga (UCAC/IRSA)

Le présent projet est financé par l'Union européenne
Programme d'aide aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et aux droits
connexes dans les pays en développement
Ligne budgétaire 21.020703 (ex.B7-6312)

Sommaire

1	INTRODUCTION	3
2	METHODOLOGIE.....	3
2.1	DEMARCHE ET COLLECTE DES DONNEES	3
2.2	SITES ENQUETES.....	4
2.3	PERSONNES RENCONTREES.....	4
2.4	DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ENQUETE	5
3	RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	5
3.1	LES SERVICES DU PLANNING FAMILIAL	6
3.1.1	<i>Service autonome</i>	7
3.1.2	<i>Service rattaché à la maternité</i>	7
3.1.3	<i>Service jumelé à la consultation générale</i>	8
3.2	LE PERSONNEL DES SERVICES DU PLANNING FAMILIAL	8
3.2.1	<i>Le personnel formé</i>	9
3.2.2	<i>Le personnel d'appui</i>	9
3.2.3	<i>Le personnel de remplacement</i>	9
3.3	LA PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	10
3.3.1	<i>L'activité principale : la mise sous contraceptifs</i>	10
3.3.2	<i>Le counselling</i>	11
3.3.3	<i>Le suivi des clientes</i>	11
3.4	CONTRAINTES DE L'OFFRE DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	12
3.4.1	<i>Personnel peu expérimenté</i>	12
3.4.2	<i>Représentations sociales du planning familial</i>	13
3.4.3	<i>Croyances religieuses</i>	14
3.4.4	<i>Insuffisance de l'offre contraceptive</i>	15
3.5	QUELLES DEMANDES POUR LES JEUNES ?	16
3.5.1	<i>Typologie des jeunes reçus</i>	17
3.5.2	<i>Accès des jeunes aux services</i>	18
3.5.3	<i>Services demandés par les jeunes</i>	22
4	DISCUSSION DES DONNEES.....	23
5	CONCLUSION.....	24
6	GUIDE D'ENTRETIEN	26

1 Introduction

Ce rapport est l'étude menée entre février et mars 2009 à Maroua dans le cadre du projet d'approche solidaire en santé génésique dont l'objectif global est d'améliorer par une approche participative et multidisciplinaire la santé génésique et sexuelle des populations et plus particulièrement celle des adolescents dans les zones où le projet sera mis en place. Cette thématique devrait donc être appréhendée dans toutes ses dimensions, notamment l'amélioration de la santé sexuelle et familiale, et surtout l'amélioration de l'information auprès des femmes et des hommes, et en particulier des jeunes, sur l'offre de services de santé génésique y compris l'offre de services de contraception et de planification familiale.

Nous avons donc entrepris de réaliser l'étude sur l'offre de services de la contraception et de la planification à Maroua, avec un accent sur les demandes spécifiques des femmes et des jeunes âgés entre 10-25 ans.

L'enquête a été effectuée auprès de huit formations sanitaires de la ville de Maroua offrant divers services de planification familiale, en occurrence l'hôpital régional de Maroua, le centre médico-social de la CNPS, les centres de santé intégrés de Zokok, de Founangué, de Domayo et de Dougoï, les centres privé de Djarengol Kodek et privé catholique de Domayo.

Le choix des formations sanitaires était un choix orienté avec comme critère les activités menées (en termes d'offres, de disponibilité, de fréquentation par la population), de la représentativité par rapport aux différents types de formations sanitaires à Maroua.

Nous nous sommes entretenues avec le personnel soignant uniquement en charge de la planification familiale. Nous devons avoir des entretiens avec trois soignants dans chaque formation sanitaire. Mais dans certaines formations, le personnel chargé de la planification familiale se réduit à une seule personne. Nous avons travaillé néanmoins avec ceux qui étaient disponibles, soient 18 soignants.

Le rapport se subdivise en quatre parties le contexte de l'étude avec sa méthodologie, la pratique de la planification familiale, les demandes spécifiques des jeunes et les contraintes d'une offre de qualité en matière de planification familiale

2 Methodologie

2.1 Démarche et collecte des données

Nous l'avons démarré par le dépouillement des données hospitalières, puis l'exploitation des données collectées et la réalisation des entretiens pour compléter et enrichir notre travail.

Dépouillement des données hospitalières : nous avons procédé d'abord à la consultation des données hospitalières sur la base des documents disponibles tels que les registres de consultation en planification familiale utilisés par les différentes formations sanitaires identifiées et les rapports d'activités menées. Les premiers nous ont été transmis et remis tandis que les seconds étaient inexistantes dans la plupart des cas.

L'objectif visé au départ était de réaliser cette étude pour la période comprise entre 2007 et 2008. Mais au regard de la tenue de ces documents et l'indisponibilité à avoir des archives, il était difficile d'exploiter toutes les données statistiques qui

d'emblée n'étaient à pas jour surtout le nombre de femmes, le nombre d'hommes, de couples et de jeunes (garçons et filles) d'une part. Certaines modalités comme le sexe, le statut, la profession ne figurent pas toujours pour tous les demandeurs de tels services.

La difficulté de distinguer jeune fille célibataire de 20 ans et femme mariée du même âge était donc notre premier écueil. Ces manques étaient observables dans tous les registres et dans toutes les formations sanitaires dans lesquelles nous avons choisi de collecter les données entre 2007 et 2008.

D'autre part, les formations sanitaires avaient choisi de créer leur propre mode d'enregistrement tel l'âge, le type de contraceptif pris ou la mention ancienne/nouvelle pour les « clients ». Ces critères servaient à l'enregistrement des demandes et la technique a été améliorée avec l'intervention du chef de projet passage dès 2008. Cela a été relativement intégré dans la plupart des structures, même si ces informations étaient parfois absentes au cours d'un même mois pour plusieurs personnes.

Pour nous faciliter la tâche, nous avons procédé par élimination pour tous ceux qui avaient un paramètre manquant et de ne considérer que des personnes qui avaient aussi bien les critères utilisés par les formations sanitaires elles-mêmes que nos critères retenus pour l'étude, à savoir femme et jeune âgé de 10 à 25 ans.

Pour des besoins d'harmonisation, seules les données de l'année 2008 ont été exploitées et servies à la construction de la catégorie jeune.

Construction de la catégorie jeune : En procédant donc par élimination, nous avons retenu comme **jeune** ici, toute personne prise parmi l'ensemble des demandeurs de services de la planification familiale, ayant un numéro d'enregistrement, nouveau ou ancien client, indépendamment de son statut social (célibataire, marié, en couple, fille ou garçon), dont l'âge peut varier entre 10 et 25 ans, ayant sollicité une méthode contraceptive quelconque au cours de la période comprise entre mai et décembre 2008. (Voir tableaux en infra).

Entretiens structurés : Nous avons complété la collecte des données par des entretiens adressés aux soignants à l'aide d'un guide réparti en trois grandes parties portant sur l'identification de la formation sanitaire et les éléments de contexte, les services et les activités du planning familial, la fréquentation et l'accès des jeunes de 10 à 25 ans. Les entretiens ont été menés en français par deux enquêteurs.

2.2 Sites enquêtés

Nous avons travaillé dans huit formations sanitaires de la ville de Maroua qui offrent les services de Planning Familial en occurrence l'hôpital Régional de Maroua, le centre médico-social de la CNPS, les centres de santé intégrés de Dougoï, de Domayo, de Founangue, de Zokok, centre de santé privé de Djarengol kodek, le centre privé catholique de Domayo. Les principaux critères de choix ont été déterminés sur la base des données antérieures des études menées dans le cadre du projet Passage auxquels nous avons adjoints d'autres critères tels que le taux d'activité de la formation sanitaire, le taux de fréquentation et les divers services offerts parmi lesquels la planification familiale.

2.3 Personnes rencontrées

Nous avons prévu pour cette étude de mener trois entretiens avec des soignants dans chaque formation sanitaire surtout ceux qui interviennent dans les services de

planification familiale. Mais dans certaines formations, le personnel chargé de la planification familiale se réduit à une seule personne. Dix huit informateurs ont été rencontrés au lieu de vingt et un. Ce personnel regroupe aussi bien les infirmiers diplômés d'état, les assistants que les aides soignants.

2.4 Difficultés et limites de l'enquête

Comme principales difficultés, il faut mentionner le manque des rapports d'activités réalisées spécifiquement dans le cadre de la planification familiale, la tenue partielle des documents existants comme les registres de consultation, l'indisponibilité des données statistiques dues à la tenue incorrecte des registres et à la non définition des informations susceptibles de fournir une offre en planning familial, un personnel moins expérimenté en planification familiale et l'indisponibilité de certaines méthodes contraceptives.

L'étude n'avait pas pour intention d'exploiter tous ces aspects. L'enquête était à caractère exploratoire et indicative.

Malgré ces insuffisances, il existe une certaine offre de planning familial à Maroua aussi bien pour la population d'une manière en générale que pour les jeunes personnes, l'offre dont nous vous présenterons les résultats dans les pages suivantes.

3 Résultats de l'enquête sur la planification familiale

Selon certains de nos informateurs, la planification familiale a été introduite à Maroua à la suite d'une rencontre fortuite entre certains responsables du service de la maternité du Centre médico-social de la CNPS et une sage-femme venue de Yaoundé il y a de cela près de 20 ans. Cette sage-femme qui faisait partie d'un projet était à la recherche des données sur le planning familial dans les différentes structures sanitaires de Maroua. Malheureusement, elle n'a pu disposer des données suffisantes car la planification familiale ne se pratiquait pas encore dans la localité, du moins de manière officielle. Mais elle les ravitaillait néanmoins en contraceptifs de manière fortuite et à ces frais personnels. Cette rencontre fortuite a été le point de départ des services de planning familial formel notamment au Centre médico-social selon certains.

Dans le souci de partager cette expérience avec les autres formations sanitaires de la ville, la responsable actuelle du Centre médico-social, en compagnie de ses homologues de Zokok et de l'hôpital provincial de Maroua, avec l'appui de la tutelle ont contribué à l'aboutissement du projet et d'offrir aux personnes désireuses surtout les femmes les services de planning familial actuels. Les trois structures notamment l'hôpital régional, le centre de santé de Zokok et le centre médico-social de la CNPS sont considérées comme les structures pionnières dans la région dans l'offre de services. C'est ce qui explique également un flux important des clientes qu'on y retrouve par rapport aux autres formations sanitaires.

Au vu de ce qui précède, il apparaît clairement qu'il existe une offre de planning familial mais elle n'est pas pratiquée par tous et reste parfois inaccessible du fait de certaines difficultés liées à la disponibilité, à certaines représentations sociales, aux croyances et aux informations contradictoires sur de ces effets secondaires sur la santé de la reproduction des populations en particulier des femmes.

Nous présenterons l'offre à partir des divers services, le personnel de services, les activités menées, les contraintes et les demandes spécifiques des jeunes. Puis, nous

discuterons de nos données dans la mesure où on voit apparaître des écarts entre les offres et les demandes d'une part, mais aussi les différences entre principaux demandeurs de ces services.

3.1 Les services du planning familial

Par services de la planification familiale, nous entendons les structures et les formations sanitaires qui offrent des méthodes contraceptives aux femmes, aux hommes, aux couples et aux jeunes, qu'elles soient orales, hormonales ou injectables. Ces services concernent aussi des activités et/ou les soins parallèles et complémentaires tels les soins relatifs aux saignements rencontrés après la prise de certains contraceptifs, les troubles des cycles mensuels, le conseil pré et post-partum pour l'espacement des naissances et les effets secondaires susceptibles de perturber le retour des couches ou l'absence de grossesse selon les femmes.

A Maroua, il existe différents types de formations sanitaires mais ne présenterons ici que les formations dans lesquelles nous avons mené notre étude et les services de planification familiale qui les sont rattachés.

Parmi les formations sanitaires dans lesquelles nous avons travaillé, il y a des structures publiques telles que l'hôpital régional de Maroua, les centres de santé intégrés (Zokok, Dougoï, Founangué et Domayo), une structure privée à caractère social le Centre Médico-Social de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), des structures privées confessionnelles comme le Centre de santé privé catholique de Domayo et le centre de santé de Djarengol Kodek.

Cette catégorisation des formations sanitaires préfigure le type de services et d'activités qui peuvent être menées en matière de planification familiale et de contraception. Selon que l'initiative a été impulsée par l'Etat, par l'Eglise ou une structure de service social comme la Caisse nationale de prévoyance sociale, l'offre et l'organisation des activités suivront les lignes directives de l'initiateur.

Il faut aussi relever que dans le cadre de la planification familiale, la plupart des personnes sont appelées « clients » dans le jargon des soignants. En principe, il existe des clients femmes, des clients hommes, des clients garçons et des clients filles. Mais des observations faites sur le terrain, les clientes femmes sont le plus rencontrées et sollicitent plus les services de planning. Il n'est toutefois pas rare de rencontrer des autres clients c'est-à-dire les hommes qui peuvent venir en couple ou seul, des garçons et des filles. C'est ce que nous rapportent les entretiens avec les soignants et la consultation de certains registres.

Cette fréquentation traduit les appréhensions et les informations erronées reçues par les demandeurs de services. Selon les soignants, « *les gens pensent que la planification est faite pour les femmes, mais pas pour les autres ou pour les jeunes* ».

Si pour des filles et des garçons, cela peut s'expliquer par une absence de services spécifiques puisqu'ils sont dilués dans la population générale, pour les hommes ne « *c'est parce trouvent pas nécessité de venir ici ils le font à leurs épouses* ». Donc, leur accès est plus observé en amont puisque certaines décisions des femmes en matière de planification familiale sont celles de leurs époux pour celles qui sont mariées. Et de plus ce sont eux, qui proposent et payent souvent les dépenses relatives à ces services. Donc, la fréquentation des services de planification reste très complexe même si l'offre est mise en place pour toute la population.

Les services se regroupent soient en services autonomes, en services rattachés à la maternité ou alors en services jumelés à la consultation générale

3.1.1 Service autonome

Le service autonome de planification familiale est rencontré au centre de santé intégré de Zokok. Rattaché à la formation sanitaire, les activités sont menées en autonomie suivant le planning établi par le chef de centre, dans des espaces spécifiques et conçus à cette occasion. En dehors de l'hôpital régional, le service de planification de Zokok est le plus sollicité par les différents clients. Il apparaît par ailleurs avec l'hôpital régional, le centre de référence en matière de planification familiale. Des références (des clientes) en matière de planification leur sont souvent adressées surtout des demandes qui ne peuvent être satisfaites par des centres de santé périphériques ou qui ne souhaitent pas se rendre à l'hôpital régional ou au centre médico-social de la CNPS. On retrouve de manière récurrente des clients en attente au delà du planning fixé par le centre, une observation qui ne peut pas être faite dans d'autres centres de santé de même niveau.

Il offre la plupart des méthodes contraceptives hormis la ligature des trompes qui, selon les données recueillies, n'est disponible dans aucune formation sanitaire à Maroua.

3.1.2 Service rattaché à la maternité

L'hôpital régional de Maroua, les centres de santé intégrés de Domayo, de Founangué et le Centre médico-social de la CNPS sont dans ce cas de figure. Les trois premières structures de santé sont publiques, tandis que la dernière est une excroissance des services sociaux de la Caisse nationale de prévoyance sociale.

Le personnel présent dans ledit service dépend de la maternité. Il peut se relayer suivant la disponibilité et en cas de besoin, ou si la demande se fait sentir. Ceux avec qui nous avons travaillé, a été affecté depuis 2000. Il participe au staff matinal et rend compte au médecin chef de la maternité principale.

A la différence de celui de l'hôpital régional, celui du centre médico-social de la CNPS est unique. Le service de la planification a été créé par une sage-femme. Jusqu'à une date récente, ce service a fonctionné dans l'informel puisque la structure sanitaire ne l'a pas institué officiellement. On le note d'ailleurs dans la tenue de leur registre, seule la mention par exemple « PF » et l'entretien avec la sage femme peuvent permettre d'identifier que de tels services sont offerts contrairement aux autres activités comme les consultations prénatales.

D'autre part, la sage femme est la principale responsable. Elle assure à la fois les consultations prénatales et la planification familiale dans le seul bureau qui fait office de salle de consultation et de salle de planification familiale. En cas d'absence, deux de ces collègues de la maternité peuvent momentanément assurer ces tâches.

Le service de la planification familiale n'avait pas de budget propre. Les commandes relatives à la planification familiale (pilules, norplant etc) étaient annexées au budget du matériel de la maternité en occurrence le budget des consultations prénatales. Ce qui fait donc que les enregistrements des clients étaient plus ou moins réguliers et harmonisés.

La responsable profitait le plus souvent des visites prénatales des femmes ou des couples, des consultations et des soins post-partum des femmes et de leurs enfants pour informer, inciter et proposer une méthode contraceptive. Parfois, lorsque l'état de sa patiente l'inquiétait ou suscitait des questionnements, elle suggérait à la patiente de revenir en consultation après l'accouchement.

Toutefois, il n'est pas rare que les femmes s'y amènent de leur propre initiative pour se mettre sous contraceptif. Ce privilège est plus observé pour « *les habituées de la maison, c'est-à-dire les conjointes, la parenté du personnel de la direction de la CNPS ou du centre médico-social, des gens capables de payer* » du fait du coût élevé des prestations de soins par rapport aux structures publiques ou confessionnelles.

3.1.3 Service jumelé à la consultation générale

Dans les centres de santé de Dougoï, du centre privé catholique et de Djarengol Kodek, la planification familiale est diluée dans les consultations générales. Généralement, le personnel qui s'occupe du planning familial fait aussi des consultations générales, pratique la petite chirurgie, fait des consultations prénatales. Selon le personnel rencontré, le « *planning familial fait partie du paquet minimum de nos offres de soins* ». Ce qui traduit d'ailleurs le type d'offres et d'activités pratiquées par ces structures.

En dehors du centre de santé de Dougoï, à Djarengol et au centre privé catholique, les pratiques et les demandes dépendent plus de la doctrine de l'Eglise en matière de contraception. Selon le responsable du centre privé catholique par exemple, « *comme c'est un centre confessionnel, les méthodes hormonales ne sont pas acceptées par l'Eglise ; mais on le fait officieusement parce qu'il y a le besoin. Ce qui fait que c'est récemment qu'on a institué la PF officiellement dans nos activités* ».

Pour ne pas éveiller les soupçons des responsables religieux, les soignants masquent les activités relatives au planning familial en les intégrant à la consultation générale et en contournant l'idéologie de la structure afin d'offrir et de satisfaire une certaine demande. Ce contournement s'observe dans la pratique et l'offre des services et se fait discrètement à l'insu de leur hiérarchie.

L'achat des contraceptifs se fait souvent en sous-traitance avec les structures sanitaires ayant l'autorisation de s'approvisionner au CAPE. Cet achat est sélectif puisque certaines demandes ne sont pas officiellement mentionnées. Ce qui limite par ailleurs l'offre en méthodes contraceptives puisque certaines sollicitations de femmes (en termes de demandes) ne sont pas acceptées.

3.2 Le personnel des services du planning familial

Toutes les formations sanitaires dans lesquelles nous avons travaillé ne bénéficient pas de mêmes privilèges en ce qui concerne le personnel soignant chargé du planning familial. On y retrouve du personnel formé, du personnel formé sur le « tas » et du personnel en appui. Ces trois catégories offrent leurs services en planification familiale et ont aussi été rencontrés lors de notre étude.

D'une manière générale, les chefs de centre de santé et les responsables de services jouissent davantage d'une certaine expérience dans le domaine, des acquis bénéficiés au cours de leur carrière, lors des formations programmées par la DRSP¹ ou des organismes dans le cadre de la coopération bilatérale et des séminaires.

Il faut également noter que la présence du projet Passage depuis 2007 a donné l'opportunité d'offrir des formations complémentaires et spécifiques comme la pose du DUI, du suivi et du contrôle des femmes sous contraceptifs par exemple. Le personnel fait systématiquement appel au chef de projet en cas de difficulté.

¹ DRSP : Délégation régionale de la santé publique

Le personnel se regroupe en personnel d'expérience, d'appui et de remplacement. Ces trois catégories sont rencontrées et travaillent dans les services de planification familiale à Maroua.

3.2.1 Le personnel formé

On le retrouve plus à l'hôpital régional, au centre médico-social de la CNPS² et à Zokok. Il s'agit des soignants formés en « *technologie contraceptive* », formation programmée et financée par les services de tutelle ou par les organismes internationaux comme l'UNFPA dans le cadre de la coopération bilatérale. Ce sont en général les chefs de centre de santé ou de l'hôpital régional de Maroua ou le centre socio-médical de la CNPS, notamment la responsable de la maternité.

3.2.2 Le personnel d'appui

C'est le cas des soignants ayant bénéficié des formations offertes au niveau du district de santé ou par des organismes internationaux installés à Maroua. En l'absence du responsable désigné pour la planification familiale, ils en assurent tous les services y afférents. Ces soignants peuvent être des techniciens en laboratoire, en radiologie ou des aides-soignants.

3.2.3 Le personnel de remplacement

De l'avis de certains, « il n'y a pas vraiment une formation en tant que telle mais cela fait partie des modules de formations à l'école pour les soins infirmiers ; chacun peut le faire ». Aussi, suffit-il d'être infirmier pour offrir des soins aux personnes désireuse de pratiquer la contraception, sans une formation préalable puisque la formation reçue à l'école dote tout soignant des acquis liés à sa profession. Pourtant tel que nous observons dans la pratique, ces soignants sont appelés dans certaines circonstances, en appui aux responsables lorsque l'activité est réduite ou intense, ou lors des congés annuels.

Il peut être choisi dans les autres services de centre de santé quelque soit le statut du soignant puisque tous les soignants sont supposés avoir un minimum d'information relative à la planification familiale.

Il faut quand même relever que toutes les formations n'ont pas toujours le privilège de disposer de ces trois catégories de personnels soignants. Aussi, on remarque que certaines à l'instar du centre de santé intégré de Domayo, dispose d'un soignant qui est à la fois le chef du centre, infirmier assistant ayant reçu une formation pour le planning familial. Toutes les autres formations sanitaires comptent au moins deux soignants affectés au service de la planification familiale.

Le personnel travaille souvent en équipe de deux ou de trois lorsqu'il s'agit du personnel en appui.

Quant aux grades des soignants chargés du planning familial, on retrouve aussi bien des infirmiers accoucheurs, des infirmiers assistants que des aides soignants. Dougoï est le seul centre à travailler avec un infirmier bénévole au service de la planification familiale. Ce dernier est un infirmier diplômé d'état.

² CNPS : Caisse nationale de prévoyance sociale

3.3 La pratique de la planification familiale

La pratique de la planification familiale dans les formations sanitaires se réduit à la mise sous contraceptifs, au counselling et au suivi des clientes. Nous décrivons d'abord l'activité principale, à savoir la mise sous contraceptif ainsi que les types de contraceptifs offerts et l'offre disponible ; ensuite nous décrivons les activités connexes à savoir le counselling et le suivi des clientes.

3.3.1 L'activité principale : la mise sous contraceptifs

On retrouve d'une manière générale dans les formations sanitaires les contraceptifs injectables (lofemenole, depoprovera), des contraceptifs oraux (ovrettes) et les autres tels que les spermicides, les préservatifs, le norplant, le dispositif intra utérin.

Les deux premières catégories sont les plus sollicitées tandis que la dernière catégorie se fait souvent de manière ponctuelle et offerte en cas d'indisponibilité de l'une ou de l'autre. Seules les femmes ayant démarré parfois la contraception dans des formations sanitaires autre que celles de la ville de Maroua ou qui ont eu des effets secondaires et souhaitent changer de méthodes, sollicitent souvent le norplant et le dispositif intra utérin.

Les spermicides sont peu utilisés quand aux préservatifs, on note une certaine réticence dans l'usage parce que selon les soignants et les rapports verbaux de leurs clientes, l'introduction du préservatif dans les relations conjugales suscite des conflits et un refus catégorique de la part des hommes surtout au sein des couples mariés.

Des données recueillies, nous constatons que toutes les formations sanitaires ne disposent pas toujours de toutes ces méthodes contraceptives ; mais il y a tout de même une constante : le choix des femmes est plus porté vers les pilules et les injections en occurrence le depoprovera, sauf peut-être à Djarengol Kodek et au centre de santé privé catholique.

Selon les soignants de ces deux formations sanitaires, l'Eglise en principe s'oppose à la contraception surtout par l'usage de certaines méthodes ; mais dans les pratiques de leurs clientes, il ya une certaine tolérance de la part des soignants parce « *qu'il ya une demande, un besoin.....* ».

Aussi, les pilules et les injections sont souvent officieusement offertes aux femmes indépendamment de la doctrine prônée et des risques que le personnel soignant court au cas où l'on venait d'apprendre que de telles pratiques étaient menées dans le centre.

Les préservatifs, bien qu'ils soient souvent distribués officieusement ou au gré à gré lorsqu'un personnel en dispose ou que la demande lui a été formellement exprimée, ne sont pas toujours perçus comme une méthode pouvant prévenir des grossesses selon certains soignants du centre, car seule l'abstinence est proclamée comme la meilleure méthode. De ce fait, dans les registres aucune mention n'est faite de la sollicitation de telles méthodes dans les deux centres.

Le centre de santé intégré de Dougoï est la seule structure parmi nos sites enquêtés qui fait la commande officiellement au CAPE des préservatifs puisque la demande lui avait été faite une fois par un client. Dès lors, les préservatifs figurent sur la liste des commandes à effectuer. Et il arrive même que la responsable propose aux femmes d'en utiliser au sein des couples lorsque certaines femmes se plaignent de la réticence de certains époux à recourir à l'espacement des naissances, qui pourtant est souhaité par les femmes.

Dans les autres formations sanitaires, exceptée le centre de santé privé de Domayo, les préservatifs que ce soit masculin ou féminin ne sont ni commandés ni sollicités mais les informateurs mentionnent tout de même une demande certaine des clients hommes. Certains soignants du fait de cette absence, les proposent de s'approvisionner aux quartiers en cas de besoin.

L'insertion du dispositif intra utérin (DIU) est perçue comme une pratique abortive comme nous le précise un personnel à Djarengol Kodek. *« la confession ne veut pas de ça parce qu'elle dit que c'est un acte abortum... que ça peut faire des avortements parce qu'il peut avoir, que ça n'inhibe pas l'ovulation : ça veut dire que la fécondation peut bien se passer mais ça ne nide pas, ça ne peut pas rester parce que ça... ça va écraser, donc elle se dit que c'est une méthode qui ressemble à une méthode abortive ».*

L'insertion du norplant jusqu'à une période récente ne se pratiquait uniquement que dans trois structures sanitaires : l'hôpital régional de Maroua, le centre de santé intégré de Zokok et le centre médico-social de la CNPS. C'est avec le Projet PASSAGE que ces méthodes ont été davantage diffusées dans les autres formations sanitaires à travers l'acquisition du matériel et la formation du personnel même si certaines difficultés liées à l'application par les soignants demeurent.

Les autres contraceptifs tels que les spermicides sont peu connus et donc moins ou pas du tout sollicités. La mise sous contraceptif constitue donc la principale activité dans les formations sanitaires. Les activités du counselling et du suivi des clientes complètent les activités du planning familial.

3.3.2 Le counselling

C'est une activité préliminaire à la mise sous contraceptif ; mais elle intervient aussi en aval pour des clientes qui rencontrent des effets secondaires dûs à la mise sous contraceptif. Il s'agit d'un entretien avec les demandeuses de la contraception. Cet entretien, selon le personnel soignant, consiste à présenter aux clientes les différentes méthodes contraceptives disponibles et offertes par leur formation sanitaire, les avantages et les inconvénients liés à chaque méthode. Par la suite, la cliente choisit celle qui lui convient le mieux. Le plus souvent, elles viennent déjà avec une méthode précise dont elles connaissent déjà ou avoir en et entendu parler par sa voisine. Le choix qui suivra après dépend plus de ce qu'elle a entendu ; rarement, elles choisissent autre méthode que celle qui les amener dans la structure de soins malgré les explications du personnel soignant. Et les injections semblent les plus sollicitées pour les femmes surtout celles qui ont eu plusieurs enfants et semblent fatiguées mais aussi parce qu'elles peuvent se faire dans la discrétion sans attirer les soupçons du conjoint.

3.3.3 Le suivi des clientes

C'est une activité postérieure à la mise sous contraception. Elle concerne principalement les femmes qui rencontrent des effets secondaires dans le cas du dispositif intra-utérin par exemple le « spotting », l'arrêt ou les troubles du cycle mensuel, la prise du poids lorsqu'elles sont sous pilule, les grossesses pour les femmes sous contraceptif. On y rencontre aussi bien les « anciennes clientes » que des « nouvelles clientes ».

Par ancienne cliente, il s'agit notamment des femmes ayant démarré une contraception dans la formation sanitaire et disposant d'un dossier médical constitué

d'un carnet de santé, d'un numéro attribué, d'un prochain rendez-vous pour la prise de son injection par exemple ou du contrôle.

Par nouvelle cliente, il s'agit des femmes qui démarrent leur contraception pour la première fois dans la formation sanitaire et ne disposent pas d'un dossier médical. Il peut aussi s'agir des femmes venant d'autres structures sanitaires et ayant pratiqué ou non la contraception antérieurement.

Donc, le suivi des clientes reste aussi comme le counseling et la mise sous contraception des activités des formations sanitaires dans le cadre de la planification familiale. Ces activités varient en fonction de la formation sanitaire notamment de l'afflux de clientes, des méthodes offertes, de la renommée du centre mais aussi du personnel que l'on y trouve et de l'accueil que certains les réservent lorsqu'elles sollicitent les services.

Mais ces activités ne se déroulent pas toujours de la manière dans ces structures. Des difficultés à caractère social et environnemental contribuent souvent à limiter l'offre et rendre les soins plus complexes pour ceux qui demandent ces services particulièrement les femmes adultes et jeunes personnes.

3.4 Contraintes de l'offre de services de planification familiale

On peut énumérer suivant les données recueillies quatre points contraignants à l'offre de services à Maroua notamment un personnel peu expérimenté, les représentations de la contraception dans l'imaginaire collectif et individuel, les croyances religieuses et l'insuffisance de l'offre contraceptive.

3.4.1 Personnel peu expérimenté

Plusieurs soignants en charge de la planification familiale ne maîtrisent pas l'insertion du dispositif intra utérin, du norplant. Généralement, ce sont les chefs de service qui ont reçu la formation pour la pratique de ces méthodes. Pourtant dans les activités quotidiennes et dans les services, tous les soignants y compris le personnel d'appui sont supposés offrir les services aux clientes alors que tous ne disposent pas des mêmes aptitudes. Lorsque le personnel expérimenté est absent, les clientes éligibles à ces types de méthode sont référées soit à l'hôpital régional soit au centre de Zokok ou au centre médico-social de la CNPS.

Nous avons noté que même dans ces centres suscités, la maîtrise n'est pas parfaite. Il n'est pas rare que le personnel des centres de santé de Zokok et de l'hôpital régional recourent au chef de projet Passage pour l'insertion du dispositif intra utérin comme nous l'a raconté un de nos informateurs de l'hôpital régional : *« une fois une cliente était venue ici pour qu'on lui place le DIU mais la forme du col posait des problèmes ; on a appelé le docteur et quand il est venu il a fait dilater le col afin d'introduire le stérilet. Une autre cliente qui a connu un problème semblable au cas évoqué ci-dessus, a été d'abord renvoyée chez elle en attendant le retour du docteur qui était absent de la ville »*.

Ces deux cas évoqués laissent supposer que certaines clientes ayant choisi le dispositif intra utérin comme méthode seront obligées soit de porter leur choix sur d'autres méthodes contrairement à leur désir, soit de renoncer à se mettre sous contraceptifs puisque la pose de cette méthode nécessite une certaine expérience de la part du soignant. Le personnel desdits services reconnaissent d'ailleurs que leur manque d'expérience contribue souvent à éloigner les clientes comme nous le dit l'un d'eux *« parfois à cela les clientes vous disent qu'elles vont revenir mais c'est*

juste un moyen de se soustraire à cette méthode parce qu'elles n'ont pas trouvé ce qu'elles voulaient, leur compte quoi ».

En dehors du manque de qualification du personnel, on peut aussi rencontrer les représentations sociales liées à la contraception auprès des clientes, les croyances religieuses et l'insuffisance de l'offre contraceptive.

3.4.2 Représentations sociales du planning familial

D'après tous nos informateurs, la planification familiale dans l'imaginaire de certaines de leurs clientes à Maroua renvoie souvent à la limitation des naissances. Cette représentation est connotée à certains types de méthodes contraceptives de l'avis des clientes dont l'objectif serait de « *les empêcherait d'accoucher après avoir pris ça....* ». Ce qui fait que le plus souvent lorsqu'elles se présentent dans leurs services, elles disent qu'elles [mi yi di barka.... ... waï], littéralement « *je veux les injections qui vont m'aider à me reposer.....* »

Pour lever toute équivoque et toute information fallacieuse, elles passent ensemble (le soignant et la cliente) en revue toutes les différentes méthodes disponibles dans leur service avec leurs clientes. C'est après cette phase explicative, que le soignant demande à la cliente de décider et de choisir ce qu'elle désire et ce qui lui convient le mieux.

Cependant, il arrive que la méthode choisie ne soit pas en adéquation avec l'âge ou l'état de santé de la cliente. Les soignants se trouvent dans l'obligation de suggérer aux clientes une autre méthode jugée compatible tout en procédant de nouveau à la phase explicative des inconvénients et des avantages liés à la dite méthode. Mais, selon le personnel soignant, la proposition d'une méthode contraceptive autre que celle choisie au préalable par la cliente pose toujours un problème et fait toujours l'objet de discussion et des préjugés de la part des clientes.

De multiples réticences sont notées surtout lorsqu'il s'agit de certaines méthodes comme le dispositif intra utérin, qui selon les femmes ne les arrangent pas toujours.

Des observations telles qu'on doit « se déshabiller devant les gens » reviennent très souvent dans le discours tenu par les femmes selon le personnel des services de planification familiale.

Selon eux, « les femmes dans notre région sont très pudiques et on ne se dénude devant un soignant ; ce n'est qu'en cas de nécessité comme lors des accouchements ou des consultations prénatales pour celles qui en font. Dans ce cas précis, il est donc inconcevable pour une femme de se déshabiller dans le seul but de se faire insérer un stérilet par exemple. Elle préfère orienter son choix vers une autre méthode ».

Pour d'autres encore, la période des menstrues reste très symbolique dans l'univers culturel des peuples du Nord surtout chez les Peuls. En dehors de la période de grossesse où les femmes ne règlent pas, des femmes ménopausées ou de toute maladie pouvant entraîner la cessation des règles, ne pas avoir ces menstrues pour une femme suscite des inquiétudes, de l'angoisse et de la panique. « Une femme normale dans les cultures des peuples de cette région doit avoir des menstrues chaque mois » selon les informateurs. L'absence des menstrues est une situation anormale, pathologique voire intolérable pour elles-mêmes et pour les maris.

Or le depo-provera ou « les injections » comme le nomment les clientes provoque l'aménorrhée chez certaines femmes. Bien que la pratique des injections soit la méthode la plus sollicitée par les femmes, elles reviennent aussitôt une fois qu'elles

n'ont pas leurs menstrues car d'après l'imaginaire populaire, le sang menstruel s'accumule dans le ventre et provoque des maladies graves. Les soignants pour les rassurer, doivent encore apporter les explications afin de dissiper les fausses informations véhiculées et diffusées par le voisinage ou les paires au quartier.

Ces fausses informations sont si tenaces que les soignants éprouvent de réelles difficultés à faire accepter de telles méthodes. Il est dit dans les quartiers par exemple que le dispositif intra-utérin provoque des cancers. Les soignants nous rapportent d'ailleurs que très souvent « *certaines femmes affirment que le stérilet une fois inséré marche, se ballade ou migre dans le ventre* ». Pour d'autres, le dispositif intra utérin « *gâte la maison des enfants* ».

De ce fait, il vaut mieux s'abstenir d'en mettre et éviter toute contrainte susceptible de vous « *mettre dans les problèmes* ».

Comment concilier à la fois les exigences personnelles et les représentations que suscitent les méthodes contraceptives qui, d'emblée ont été perçues comme moyens de préservation de la santé de la mère et du couple, les services et soins liés à la contraception ? Certains soignants usent de tout leur talent, de persuasion pour dissiper ces préjugés car la plupart des clientes viennent avec une idée bien arrêtée sur la méthode à choisir, sans connaître leur état de santé. Pourtant le respect de leur choix conditionne souvent la mise sous contraceptif, le suivi et la poursuite plus tard d'une quelconque méthode contraceptive.

On peut aussi noter qu'en ce qui concerne les comportements des femmes et des hommes en matière de reproduction, les informateurs nous rappellent que les femmes leur disent souvent que « c'est Dieu qui donne les enfants et le mari donne les grossesses ». Ce transfert de pouvoir reproductif est aussi rencontré dans le cas de la mise sous contraception. C'est d'ailleurs de manière récurrente nous racontent les soignants, que les femmes sont sous contraceptifs parce que le mari en a décidé ainsi. Même si certains (les époux) restent peu ou pas du tout informés, loin des services du planning, la décision leur revient tout de même sur la méthode à adopter.

Les multiples explications des soignants pour amener les époux et les femmes à venir ensemble afin de prendre une décision commune, restent souvent sans effet chez certains. Si la femme venait à s'hasarder de son propre gré ou de refuser la proposition de son mari, elle est menacée de répudiation comme ce fut le cas dont l'époux avait écrit explicitement la lettre de répudiation dans le carnet médical afin que le personnel soignant prenne connaissance de sa colère et, par la même occasion, faire savoir à sa femme quelle est la conduite à tenir si elle veut préserver son ménage.

3.4.3 Croyances religieuses

Un des effets indésirables de la pratique des injections ou l'usage du depoprovera est le spotting (écoulement du sang en dehors des menstrues). Selon certains soignants, chez les musulmans, la période de menstrues est une période d'impureté. La femme est exempte de prières pendant toute la durée des menstrues. Les femmes étant impures pendant les écoulements sanguins, les hommes sont contraints de ne plus avoir des rapports sexuels pour éviter la souillure par le sang menstruel. Les femmes paniquent à la vue du sang observé lorsqu'elles sont mises sous contraceptif si elles sont dans le cas du couple ou des mariages polygamiques parce que souvent, ces inconforts coïncident avec la période à lui accorder par l'époux.

Et de ce fait, l'écoulement du sang à cette période peut « les éloigner de leurs époux sur le plan sexuel », suscitant ainsi des frictions dans le ménage. Une fois de plus, les soignants doivent convaincre les femmes sous depoprovera de continuer avec cette méthode car les désagréments sont temporaires et peuvent être gérés ponctuellement au sein des ménages. Ce qui n'arrange pas toujours les maris de l'avis des femmes et parfois elles interrompent la méthode sollicitée et souhaitent une autre qui pourrait les préserver d'avoir de tels problèmes au sein de leur ménage avec leurs époux.

3.4.4 Insuffisance de l'offre contraceptive

Par insuffisance contraceptive, nous entendons une offre moins diversifiée de contraceptifs pouvant satisfaire les demandes et les désirs des diverses clientes dans les formations sanitaires.

Mais l'insuffisance peut s'analyser aussi en terme d'indisponibilité, de ruptures de stocks mais aussi l'incapacité d'une cliente à avoir la méthode de son choix lorsqu'elle se présente dans la formation sanitaire.

A Maroua, cela est très fréquent. Le centre d'approvisionnement en médicaments (CAPE) est la seule structure de distribution officielle même s'il existe des circuits parallèles.

Dans les formations sanitaires, les commandes des contraceptifs se font parfois en fonction de ce qui disponible.

Aussi, après plusieurs années de services auprès des femmes selon le personnel soignant, les formations sanitaires ont commencé à disposer des contraceptifs en fonction des produits dont dispose le CAPE auxquels on associe les demandes formulées par les femmes et le nombre de clientes que la formation pouvait recevoir au cours d'une période donnée.

Certains contraceptifs qui étaient d'emblée moins sollicités, ne faisaient plus partie des commandes ou étaient supprimés. Et lorsque plus tard, une demande était formulée dans ce sens, le plus souvent la cliente était obligée de changer de méthode ou de se rendre dans une autre formation sanitaire qui pouvait lui offrir ce service et la satisfaire. Ce qui complique davantage la demande et pousse certaines clientes à renoncer à se mettre sous contraceptif compte tenu des ruptures que connaissent souvent les formations sanitaires

Et donc, l'on rencontre très souvent des problèmes, des problèmes dûs selon certains à un « *manque général* » pour d'autres à « *à la volonté des responsables, des responsables qui n'exécutent pas des commandes à temps* ». Ces deux cas de figures sont très courants à Maroua et dans les formations sanitaires.

Le centre de santé de Founangué a manqué du depoprovera pendant quelques mois. L'hôpital régional de Maroua a connu des problèmes identiques.

Ces ruptures, bien que de courte durée, ont des répercussions sur les demandes des clientes et l'offre de services.

Le cas du centre de santé privé de Domayo est spécifique. Dans cette structure sanitaire, les ruptures sont dues au mode d'approvisionnement. Les produits sont commandés en sous-traitance puis que la planification familiale étant jusqu'en une certaine date, pratiquée de manière informelle dans ce centre. Les commandes se faisaient officieuses, à travers d'autres formations sanitaires.

Ces ruptures ont donc pour effets, une offre sélective et contribue à éloigner des centres de santé des femmes qui en demandent.

Dans ce contexte général de manque, de croyances religieuses et d'insuffisance de services de planning familial, qu'est-ce qui est offert aux jeunes ? Quelles sont les demandes spécifiques des jeunes ? C'est ce que nous présentons dans cette partie.

3.5 Quelles demandes pour les jeunes ?

Suivant nos observations de terrain, les services de planification familiale sont ouverts pour tous y compris les jeunes. Mais très souvent, les jeunes n'y viennent pas toujours. Ceux qui y viennent sont souvent soit des jeunes mariés surtout les femmes, les jeunes filles et des jeunes « accompagnées ». Des jeunes garçons y viennent en cas de besoin et de nécessité mais de manière formelle et officieuse. Donc, s'il existe une certaine demande de services par des jeunes, elle reste très faible, voire ponctuelle.

Certaine faiblesse peut s'expliquer d'une part, qu'à côté des services officiels, on trouve des services parallèles notamment l'automédication, la consultation des vendeurs ambulants. Ces services sont plus accessibles (négociations du coût, relations de proximité, préservation de l'information pour garantir sa clientèle) parce moins exigeants que les structures officielles (attente, rendez-vous, suivi médicalisé du client pour certaines demandes de contraceptifs, exigence du carnet de santé, exigence parfois du conjoint ou du partenaire par les soignants pour un type de contraceptif).

D'autre part, la faible demande est due aux types de demandes que les différentes catégories de jeunes font. Les demandes permettent d'identifier deux catégories de jeunes : les jeunes filles et les jeunes garçons d'un côté, et les jeunes célibataires et les jeunes mariées de l'autre. Si dans la première catégorie, les jeunes filles vont de temps en temps et à des cas exceptionnels (demande de contraception se sachant enceinte, besoin d'information pour confirmer la grossesse, accompagnée une copine), pour les seconds les occasions restent rares. Selon le personnel soignant, « *ils viennent pour avoir des informations pour leur copine qui peut être enceinte ou pour un autre ami jeune* ». Cela arrive souvent lorsque le jeune n'a pas pu avoir des informations auprès d'un pair, par exemple lorsqu'il est en manque de préservatifs. Les demandes se font alors de manière officieuse auprès du personnel. Nous avons tout de même relevé un cas à Dougoï, un jeune garçon de 20 ans pour une demande de préservatif. Cette demande a été enregistrée et donnait une occasion aux soignants pour sensibiliser les autres jeunes garçons à venir dans leurs services et à sensibiliser les parents que les services sont destinés à tout le monde y compris des jeunes.

Dans la deuxième catégorie, jeunes célibataires et jeunes mariés, les premiers semblent moins favorisés que les seconds. Au travers de leurs jeunes épouses, les services de planning familial sont fréquentés par les jeunes mariés ; la présence de leurs jeunes épouses ne suscite pas questions. Elles sont acceptées et admises grâce à leur statut, contrairement à celle des jeunes filles célibataires, qui d'une manière générale, le font « discrètement et sans tenue ».

Le propos de cette soignante montre bien les contraintes et l'inégalité de l'accès que la première catégorie (jeunes célibataire) rencontre par rapport aux seconds (jeunes mariés) mais aussi l'institution d'un type de jeunes pouvant bénéficier de tels services au sein des formations sanitaires :

«.....bon les jeunes filles ...elles viennent discrètement, de fois tu es dehors tu veux rentrer à l'intérieur ; elle te tire par derrière en disant la mère c'est toi que je suis venue voir ; parfois, elles te trouvent en route, elle dit maman bonjour.... Elles ne

viennent pas en tenue parce que si elles disent qu'elles viennent en tenue et qu'elles rencontrent même les voisines, on va dire... on va rentrer te dire j'ai vu ta fille là-bas à l'hôpital ; elle dit qu'elle est malade, toi à la maison tu ne sais pas que ton enfant est malade ; bon ça peut t'amener à poser des questions ; même les parents peuvent lui poser des questions ; quand elles viennent comme ça discrètement c'est pour masquer beaucoup de choses ; parce que si une jeune fille dit, elle vient peut-être toujours comme une célibataire, elle n'est pas mariée, bon tu vois ce que... l'impression que ça peut donner ; vous savez dans le grand Nord, normalement une jeune fille ne devrait pas avoir la sexualité pourtant elles font la sexualité mais les parents ne connaissent pas ».

Aussi, à partir de cette catégorisation, nous pouvons présenter le type de jeunes qui accèdent aux services, ensuite présenter les services spécifiquement demandés par les jeunes.

3.5.1 Typologie des jeunes reçus

Pour la catégorie « jeunes mariées », ce sont des jeunes femmes déjà en union, formelle ou non formelle, enceinte ou ayant déjà démarré l'entrée en maternité. L'âge peut varier entre 13 à 25 ans. Ces filles, bien que mineures, sur le plan social ne sont plus considérées comme telles en raison de leur nouveau statut. Elles sont appelées des jeunes mariées. Leur statut les facilite l'entrée dans les services de planification familiale. L'admission y est plus acceptée et ne suscite pas de questions contrairement aux jeunes célibataires du même âge.

Bien que jeunes, elles se présentent rarement avec leurs conjoints si sauf sur demande expresse du personnel soignant.

Pour des jeunes célibataires, ce sont le plus souvent des élèves surtout les filles, des jeunes sans emploi. L'âge minimal est de 16 ans.

Ces deux catégories de jeunes peuvent bénéficier des services de planification telle que décrit plus haut, qu'ils soient jeunes célibataires ou jeunes mariés. Ils sont à la fois des jeunes volontaires et des jeunes sensibilisés.

Jeunes volontaires

Ce sont des jeunes filles qui après des discussions, des conversations avec leurs copines au quartier, se décident à solliciter les services de planification familiale. Leurs demandes sont plus des demandes de « prévention » que des demandes de « repos » ou d'espacement des naissances que l'on retrouve chez les clientes adultes. Cela se fait toujours à l'insu des parents et des membres de la famille.

Elles peuvent être accompagnées de leurs copines qui les orientent au sein de la structure sanitaire et leurs racontent leurs propres expériences (choix d'une méthode qui pourrait les convenir le mieux). Le fait de consulter un personnel est souvent dans le but d'infirmer et/ou de confirmer les informations dont elle dispose déjà. Il s'agit d'avoir des informations supplémentaires sur d'éventuels effets secondaires que pourrait leur provoquer la mise sous contraceptifs et de l'adoption définitive de la méthode en l'occurrence la pilule avant le mariage par exemple et de son entrée à la maternité.

Du fait des informations contradictoires et des croyances relatives à la pilule, elles sollicitent le plus souvent les injections malgré les conseils des soignants sur la proscription de certaines méthodes contraceptives pour les filles de leur âge.

D'autres viennent seules parce qu'elles mènent déjà une activité sexuelle certaine. Afin de lever tout soupçon de la part de sa famille sur leur sexualité, elles recourent officieusement à la contraception car montrer une quelconque prise d'une méthode contraceptive renvoie ici à rendre publique sa sexualité. Or dans un contexte où la sexualité reste un sujet tabou, étaler sa sexualité c'est aller à l'encontre d'une certaine éthique religieuse qui proscrit les relations sexuelles pré-maritales mais donner une autre image de soi.

Cette stratégie a aussi pour but de prévenir une éventuelle grossesse non désirée, une grossesse qui témoignera de sa « vie et de son comportement de débauche » et qui mettrait la fille en conflit avec sa famille.

Une dernière catégorie vient accompagnée de leur mère. Ce dernier cas de figure intervient lorsque la jeune fille a déjà trouvé un prétendant et que celui-ci a officiellement formulé sa demande de fiançailles auprès de la famille de la fille. La mère sollicite une méthode contraceptive pour sa fille afin d'« éviter toute surprise désagréable », de prévenir une éventuelle grossesse de sa fille et des scandales que cela pourrait susciter si la nouvelle venait à se propager de la grossesse de la fiancée. Des informateurs nous ont rapporté que de telles situations sont très fréquentes dans la région.

Jeunes sensibilisées

Ce sont les jeunes femmes mariées ayant déjà plusieurs enfants ou ayant connu des problèmes lorsque de leur dernier accouchement dans les formations sanitaires. Ces femmes sont souvent sensibilisées sur la planification familiale lors des consultations prénatales et de la vaccination des enfants. Selon le personnel soignant, « *nous rappelons aux femmes que les accouchements rapprochés et le nombre élevé des enfants peuvent être évités. Tout ceci pour le bien-être de la mère et l'enfant qui est déjà là ; nous leur demandons de recourir à la contraception pour que l'enfant grandisse bien* ». Même si ces conseils ne sont pas toujours suivis et appliqués par toutes les femmes selon les soignants, des causeries éducatives restent des lieux et des occasions d'informations et de diffusion de la contraception auprès des femmes.

3.5.2 Accès des jeunes aux services

Mise à part Djarengol Kodek où selon l'un des personnels soignants, l'accès aux services de la planification familiale pour les jeunes est admis dans les formations sanitaires où nous avons travaillé.

On voit de plus en plus des jeunes clients surtout des jeunes clientes suite aux campagnes de sensibilisations et d'information selon certains soignants.

Au centre de santé privé catholique par exemple, il est important de rappeler que la planification familiale se pratique officieusement. Avec la construction de nouveaux bâtiments réservés uniquement à la maternité, le chef de centre compte officialiser l'existence du service de la planification familiale et encourager les jeunes, qui sont selon lui « de la même génération que lui ».

La sensibilisation va se faire pendant les différentes consultations (prénatale, générale) et les séances de vaccination. Cependant le service est ouvert à tous pour que les clients ne soient plus uniquement quelques femmes mariées puisque au départ le centre avait été créé pour les jeunes. Mais la sollicitation par d'autres types de patients a finalement détourné la structure de ces premiers objectifs.

A Djarengol Kodek, l'accès au service de la planification familiale est réservé uniquement aux personnes mariées même si « *on retrouve les jeunes mariées parmi*

elles ». Laisser toutes les catégories de jeunes accéder au service de la planification familiale, serait laisser libre cours à « la fornication ; l'on prône ici les valeurs de l'abstinence, de la fidélité. Or, accepter les non mariés revient à saboter ces valeurs ».

D'ailleurs, tous les jours entre 9h et 10 heures, tous les patients présents dans ce centre quelque soit l'obéissance religieuse doivent suivre les enseignements bibliques diffusés à l'aide d'un porte-voix. Toute activité cesse au centre. Elle ne reprend qu'à la fin de la prédication. Les non-mariés qui veulent se mettre sous contraception sont dans l'obligation de mentir sur leur statut matrimonial dans la mesure où la parole fait foi et qu'il n'existe aucun moyen de contrôle et de vérification sur la situation matrimoniale déclarée par les personnes qui se présentent dans les services.

Un exemple illustratif de l'offre des méthodes contraceptives et les catégories des jeunes qui accèdent aux services dans les formations sanitaires, est représenté par ces deux tableaux ci-dessous.

Dès l'âge de 13 ans, on peut voir déjà certaines jeunes femmes sous contraceptif. Ce sont en général des jeunes mariées et des jeunes divorcées.

La deuxième observation c'est qu'il n'existe aucun indice sur le statut matrimonial et la seule déclaration fait foi et vous accorde le privilège de bénéficier du service que vous souhaitez à partir du moment où celui-ci est disponible et offert dans la formation sanitaire.

C'est d'ailleurs tout naturellement que le personnel nous avoue que les jeunes femmes en dessous de 15 ans rencontrées dans les services sont en général mariées (quelle que soit le type d'union, elles sont prises comme telle). Et la question « es-tu mariée » est souvent posée par formalisme selon certains soignants, « c'est souvent juste pour tester parce que tu sais les jeunes filles de maintenant sont très courageuse, elle peut même venir ». Ce qui laisse supposer qu'aucune jeune fille célibataire, n'aurait le courage et ne s'hasarderait à se présenter de manière officielle comme toutes les autres femmes. L'accès au service reste donc restrictif voire réservé à une catégorie des jeunes même si inconsciemment le personnel ne le perçoit pas de cette manière.

Les demandes sont aussi bien les pilules, les ovrettes que les injections. La demande est variée bien que l'injection selon les femmes soit la méthode la plus sollicitée par cette catégorie de jeunes clientes.

Tableau 1 Demandes de contraceptifs par les clientes de 10 à 25 ans pour l'année 2008 dans un centre de santé (Zokok)

Types Age	Mai 08			Juin 08			Juil 08			Août 08			Sept 08			Oct 08			Nov 08				Déc 08			
	lo	de	ov	lo	de	ov	lo	de	ov	lo	de	ov	lo	de	ov	lo	de	Ov	lo	de	ov	no	lo	de	ov	
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	03	-	-	02	-	02	01	-	-	02	-	-	03	-	-	01	01	-	-	01	-	-
19	-	-	-	-	01	-	-	02	-	-	03	-	-	01	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	01	-
20	-	-	-	02	03	-	-	05	-	02	03	01	03	02	-	-	03	-	-	04	-	-	-	03	-	-
21	-	-	-	01	02	-	-	04	-	01	01	-	-	01	-	-	01	-	-	01	-	-	01	01	-	-
22	-	-	-	-	02	-	01	05	-	01	03	-	-	01	-	-	02	-	-	01	-	-	-	03	-	-
23	-	-	-	02	07	-	03	02	-	01	03	-	01	01	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-
24	-	-	-	01	02	-	01	03	-	01	04	-	-	01	-	-	05	-	-	01	-	-	-	01	-	-
25	-	-	-	03	06	-	03	03	02	02	03	-	01	02	-	-	01	-	-	03	-	-	01	01	-	-
Total	-	-	-	10	28	-	08	27	02	11	23	01	05	11	-	-	16	-	01	12	01	01	02	11	-	

Source : personnelle et constituée sur la base des données hospitalières collectées

Abréviations : lo : lofemenole ; de : depoprovera ; ov : ovrette ; no : norplant

Tableau 2 Catégories de clientes jeunes âgées de 10 et 25 ans mises sous contraceptifs en 2008

Clientés Age	Mai		jui		juil		Aout		Sept		Oct		nov		déc	
	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	N
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	01	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	02	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	03	-	02	01	02	-	02	02	01	02	-	01	-
19	-	-	-	01	01	01	-	03	-	01	-	01	-	01	01	-
20	-	-	-	05	01	04	02	04	-	05	01	02	-	04	01	02
21	-	-	01	02	-	04	01	01	01	-	-	01	01	-	01	01
22	-	-	-	02	03	03	-	04	01	-	-	02	-	01	02	01
23	-	-	02	07	01	04	-	04	-	02	-	-	-	01	-	-
24	-	-	-	03	02	02	01	05	01	-	-	05	01	-	-	01
25	-	-	03	06	02	06	01	04	02	01	-	01	-	03	-	02
Total	-	-	06	32	10	27	07	30	05	11	03	13	05	10	06	07

Source : personnelle et constituée sur la base des données hospitalières collectées

Abréviations : N : nouvelle cliente; A : ancienne cliente

3.5.3 Services demandés par les jeunes

Suivant le personnel soignant, tous les services disponibles dans les formations sanitaires sont accessibles et offerts aux jeunes aussi comme à tous les autres clients adultes. Ils se présentent le plus souvent pendant les heures de pose, des heures de gardes « en rasant les murs ». Toutes ces stratégies permettent de passer inaperçu, d'éviter des questions embarrassantes et d'éventuelles rencontres avec un membre de la famille ou du voisinage et de s'afficher. Les demandes couramment formulées concernent la contraception post grossesse et les préservatifs.

La contraception post-grossesse : selon les soignants, les jeunes surtout les filles sollicitent le plus souvent la contraception quand ils « savent qu'ils ont gaffé ». Ce sont les injections de dépannage, qui selon l'imaginaire des jeunes pourraient certainement les aider à évacuer la grossesse. La gaffe dont il est question ici est généralement une grossesse non désirée et dont susceptible de créer un conflit familial si les parents venaient à apprendre. La sollicitation d'une injection est souvent demandée au soignant tout en sachant, selon le soignant, qu'une telle demande n'est pas dans souci d'avoir une méthode contraceptive mais plutôt dans l'intention d'enlever la grossesse, d'avorter. Dans ce cas de figure disent certains soignants « *nous leur disons que c'est avant qu'il fallait venir demander l'injection ; il faut d'abord aller accoucher et revenir après l'accouchement* ».

Ces demandes sont formulées aussi bien par les jeunes filles que les jeunes garçons. Les filles peuvent venir seules ou en compagnie de son jeune copain. Lorsque la demande est formulée par le garçon c'est pour prendre rendez-vous pour la copine et surtout pour anticiper les représailles de sa famille et de celle de sa fille si la grossesse de sa copine venait à être découverte. Le refus de satisfaire à la demande du jeune, selon le soignant, l'amène à recourir à un autre service ou à utiliser autre moyen.

Les préservatifs : ce sont essentiellement des demandes des jeunes garçons. Elles sont ponctuelles et très souvent officieuses. De telles demandes se font généralement au gré à gré afin d'éviter tout soupçon et toute stigmatisation. La demande est souvent formulée auprès des soignants avec qui ils entretiendraient des relations de confiance.

Les motifs évoqués pour les jeunes c'est souvent des cas de rupture de leur propre stock ou lorsqu'ils n'ont pas pu s'en procurer auprès de leurs amis ou ne disposent pas d'argent pour s'approvisionner. Mais elles ne sont pas faites à tous les soignants ni à la première rencontre. Il faut un maximum de confiance et aussi avoir une relation de proximité entre le soignant et le jeune

4 Discussion des données

Au terme de cette étude exploratoire sur l'accès et la pratique du planning familial à Maroua, on peut dire qu'il existe une offre de services de planning familial mais l'offre reste relativement diversifiée, d'une formation à une autre.

Le personnel offrant les services varie également d'une formation à une autre selon que la formation est publique, privée ou privée professionnelle.

Les services sont plus sollicités par les femmes que les hommes même si ceux-ci interviennent en amont. Les jeunes y accèdent moins mais usent d'autres moyens comme l'automédication ou l'acquisition auprès des vendeurs ambulants.

Les services sont relativement plus accessibles à certains jeunes plus qu'à d'autres. On observe donc dans le cadre de ce travail, une certaine institution de types services destinés aux jeunes par le corps soignant.

Cette institution de services est renforcée par les structures sociales et familiales où seuls les jeunes d'une certaine catégorie peuvent bénéficier d'un type de services en matière de contraception par exemple.

Cette différenciation de services affecte aussi la qualité des services offerts et laisse apparaître une certaine inégalité dans l'accès aux services de planification familiale.

L'accès reste donc sélectif, partiel et contraignant pour certains. Ces contraintes peuvent être analysées à trois niveaux : au niveau de la disponibilité de services, au niveau des demandes et au niveau des demandeurs de services. Mises ensemble, ces trois dimensions affectent la qualité des services et des soins offerts et permettent de comprendre la planification familiale telle qu'elle est pratiquée dans la région de Maroua.

Au niveau de la disponibilité des services : l'offre des contraceptifs reste l'activité principale en matière de planification familiale. Même si les demandes étaient formulées, l'approvisionnement poserait un certain nombre de difficultés liées à la politique d'offre de services de chaque formation sanitaire, auxquelles seront associée l'expérience et la formation du personnel de services.

Certaines croyances religieuses, les représentations liées au planning familial amènent les soignants à adapter leurs pratiques et réinventer d'autres moyens de diffusion de la contraception.

Au niveau des demandes formulées : les demandes des clientes, femmes et jeunes clientes sont les plus rencontrées ; les services sont plus offerts à ces clientes qu'à d'autres. Mais ces demandes bien que différentes, traduisent les difficultés auxquelles sont confrontées les demandeurs de services notamment les femmes et les jeunes surtout, les difficultés qui affectent également les services offerts par le personnel des formations sanitaires.

Par exemple, certaines méthodes prônées par les Eglises chrétiennes et les réticences de certaines structures sanitaires à offrir ce type de service (contraceptifs jugés abortifs par exemple) montre l'inadéquation entre la disponibilité des services et les demandes des clientes d'une part et une offre sélective de contraception d'autre part. Cette offre sélective conforte les représentations sociales et les informations véhiculées sur la contraception dans l'imaginaire collectif et populaire.

Au niveau des demandeurs de services : bien que les services soient offerts à toutes les catégories de personnes, les adultes et les femmes bénéficient plus de services que des jeunes (d'accès et de disponibilité aussi). Toutefois les motivations et le choix d'une méthode contraceptive, qui varient d'une femme à une autre, et d'un jeune à un autre,

montrent que femmes et jeunes, en tant que clients, sont identiquement confrontés aux mêmes difficultés : celle de la décision pour pratiquer ou non la contraception, et celle du contrôle de leur corps à la fois par la famille, par le conjoint ou par le partenaire. Des contraintes qui amènent les femmes et les jeunes à trouver des stratégies pour échapper à l'emprise, à contourner les règles de fonctionnement de leur société et assurer eux-mêmes la gestion de leur corps.

Pour les femmes par exemple, se mettre sous contraceptif garantit le « repos » pour limiter une famille déjà nombreuse. D'autres la pratiquent pour espacer les naissances et éviter les grossesses trop rapprochées. Mais la demande n'est pas toujours faite en commun en accord avec le mari. Pour éviter tout soupçon de la part de ce dernier, certaines femmes laissent leur carnet à l'hôpital ou le cache à des endroits anodins où le mari est sensé ignorer d'une part.

D'autre part, la contraception semble être proscrite par l'islam. Il est interdit d'aller à l'encontre de la volonté divine, de ces préceptes. Et l'enfant est un don de Dieu selon certains. La femme est tenue d'en faire autant que Dieu le désire. Il est donc inconcevable que la femme régule les naissances. C'est pour cette raison que les femmes dans ce contexte culturel parlent plus de « repos » et non de contraception et /ou de planning familial. Lorsqu'elles se présentent aux services du planning familial, elles disent vouloir « le remède qui donne le repos ». Compte tenu de l'environnement social, très peu sont celles qui viennent ouvertement car l'afficher publiquement c'est aller à l'encontre des préceptes religieux.

La même observation s'applique aussi pour les jeunes filles, les élèves et les célibataires. La pratique de la contraception permet d'éviter les grossesses mais, en la pratiquant publiquement elles affichent leur sexualité, qui jusque là est tabou, parfois sous le contrôle des adultes à travers des interdictions et les remontrances face à un comportement jugé inadapté des jeunes par exemple surtout des jeunes filles.

Il apparaît également que les demandeuses des services de planning familial usent de la contraception comme une stratégie d'observation du conjoint et de la préparation à la vie matrimoniale. On est sous contraceptif en attendant voir l'évolution de la vie de couple. Si le conjoint satisfait les attentes de son épouse, cette dernière abandonne la contraception. Si la vie en couple n'est pas satisfaisante, la jeune mariée continue à pratiquer la contraception. Ceci se fait avec la complicité des mères. Ce sont elles qui accompagnent le plus souvent leurs filles à l'hôpital à l'insu du père. Elles disent qu'elles ne veulent pas que leurs filles conçoivent rapidement d'autant plus que nous sommes dans une région où les mariages arrangés sont la norme. La pratique de la contraception s'impose ainsi comme un élément faisant partie du trousseau de la mariée, et donc de stratégie d'évitement d'une maternité non souhaitée (au cas où le mariage contracté ne vous satisfait pas), de préserver son image et de garantir d'autres opportunités d'une nouvelle union, des stratégies qui d'emblée n'apparaissent pas en première instance aux pourvoyeurs de ces services.

5 Conclusion

La contraception, bien qu'elle ne soit pas nommée ainsi par celles qui la pratiquent comme telle, est pratiquée dans la région. La mise en place des services de planification familiale, du personnel au sein des formations sanitaires et les diverses activités destinés à offrir des soins prouvent l'existence et la pratique de la planification à Maroua, même si ces demandes ne sont formulées que par une certaine catégorie de personnes notamment les femmes et les jeunes filles.

En revanche, la pratique de la contraception telle que nous l'avons observé est encore confrontée à des difficultés aussi bien matérielles, sociales et structurelles. Les motivations et l'adoption d'une méthode de contraception ne se font pas toujours de manière formelle. Ce qui explique parfois des stratégies de contournement et d'évitement autour d'une pratique qui pourtant est supposée être sans contrainte et librement consenti par tous les individus ou tous les couples.

L'appropriation des services de planning familial par les soignants montre un engouement à offrir des soins de qualité mais cela nécessite encore une certaine formation, une formation davantage orientée vers les demandeuses de services en vue des les amener à opérer leur choix et de diminuer l'écart entre les demandes des clients et l'offre de services.

Aussi, nous suggérons un travail de sensibilisation et d'information sur la pratique de la contraception pour lever toute équivoque sur les représentations sociales liées à la contraception et les différentes méthodes contraceptives.

6 Guide d'entretien

Etude des services du planning familial a Maroua
(Guide appliqué au personnel soignant)

01	Nom de l'informateur :
02	Date de l'entretien :
03	Enquêteur :

A- Eléments d'identification de la formation sanitaire

A1	Nom de la formation
A2	Période d'activité considérée : 2007- 2008
A3	Service de planning familial (unité autonome ou intégrée à la maternité)
A4	Nombre de personnes affectées dans l'unité
A5	Nombre de personnel qualifié pour le service du PF ou personnel paramédical affecté
A6	Nombre de personnel bénévole
A7	Année d'existence de ce service ou unité de planning familial

B-Services et activités du Planning Familial

B1	Le nombre moyen de clients jeunes reçus par jour/semaine/mois
B2	Activités de Planning Familial les plus pratiquées (counselling, contraceptifs d'urgence, contraceptifs réguliers)
B3	Types de méthodes contraceptives disponibles et proposées Pilule combinée progestatif seul Stérilet Norplant Condom masculin Condom féminin spermicide
B4	Raison de la non-disponibilité des certaines méthodes
B5	Période à laquelle les différentes méthodes contraceptives évoquées ont été disponibles dans la formation sanitaire
B6	Motivations de la disponibilité des méthodes contraceptives
B7	Difficultés rencontrées (en fonction de chaque méthode contraceptive disponible)

	(Pilule combinée - Progestatif seul –Stérilet - Norplant- Condom masculin-condom féminin- spermicide)
B8	Difficultés par rapport aux demandes des clients jeunes et leurs accès aux services du planning familial

C- Fréquentation et accès au Planning Familial par les jeunes

C1	Type de clients jeunes (jeunes filles célibataires- jeunes garçons célibataires-jeunes filles mariées, jeunes garçons et jeunes filles mariés)
C2	Nombre de clients jeunes reçus en 2007 Anciens Nouveaux
C3	Nombre des clients jeunes reçus en 2008 Anciens Nouveaux
C4	Age moyen des clients jeunes reçus Filles Garçons
C5	Nombre de jeunes clients reçus suivant les tranches d'âges à partir de mai 2008 < 15 ans 16-17 ans 18-20 ans 21-25 ans
C6	Type de service de Planning Familial disponible pour les jeunes clients
C7	Type de service de Planning Familial demandé par les différentes catégories de jeunes clients
C8	Type de service de PF sollicité par les filles
C9	Type de services de PF offerts aux jeunes
C10	Pour quels motifs les jeunes clients demandent-ils la contraception (éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, limitation des naissances?)
C11	Quels sont les raisons qui poussent les jeunes clients à demander une méthode contraceptive spécifique (discrétion, disponibilité, mode d'utilisation facile, coût bas, peu d'effet indésirable)
C12	Est-ce qu'il arrive que les clients jeunes viennent ou soient accompagnés de leurs conjoints/ partenaires ?
C13	Y a-t-il d'autres services offerts ou demandés par des clients jeunes en dehors de ceux liés au planning familial dans le service ou l'unité de PF (consultation générale, CPN, vaccination et suivi prénatal, soins post-abortum ?