Barrières d'accès à la planification familiale à Niamey : entre qualité des services et motivations des femmes

Nouhou Abdoul Moumouni, PhD
Chercheur, Groupe de Recherche et d'Action pour le Développement

Résumé

Malgré le bon niveau des indicateurs d'accès et de qualité des services de planification familiale à Niamey (enquêtes PMA), les études qualitatives font cas des expériences négatives et récurrentes des femmes en quête des services de planification familiale (Diarra et al, 2015). Il existerait donc un écart entre les mesures objectives et l'appréciation de la qualité perçue par les clientes (satisfaction). A cela s'ajoutent les préférences de femmes, en général tournées vers une descendance nombreuse.

Nous postulons que le niveau de pratique contraceptive à Niamey s'explique à travers la qualité des services et le degré de motivations des femmes ; elle-même résultant de leur niveau de satisfaction des services et de leurs préférences en matière de fécondité.

L'étude analyse les données des enquêtes PMA sur la qualité des services de PF au niveau de 27 sites de prestation répartis entre les 5 districts sanitaires de Niamey. L'investigation s'enrichit d'une enquête qualitative qui explore la satisfaction et les préférences des femmes à travers l'observation des séances de prestation des services PF suivie d'entretiens individuels approfondis.

Les premiers résultats issus des analyses des données PMA montrent que Niamey ne se démarque pas nettement par un taux de prévalence contraceptive plus important par rapport aux autres zones urbaines du pays. Et lorsqu'on s'intéresse à l'ensemble des femmes de 15-49 ans, les autres zones urbaines présentent même une meilleure prévalence contraceptive que Niamey. Les besoins non-satisfaits en limitation des naissances sont plus importants à Niamey que partout ailleurs dans le pays. Ces constats s'alignent avec l'absence d'un privilège pour Niamey sur le plan d'autonomie en matière de planification familiale, mais aussi avec la présence des coûts plus élevés pour accéder aux services de planification familiale dans la capitale. Malgré ces coûts, les femmes de Niamey ne sont pas mieux servies ou mieux reçues dans leur quête des services de planification familiale.

Sur le plan programmatique, les résultats finaux de cette étude permettraient de mieux contextualiser le protocole de la stratégie d'identification systématique des besoins en PF mise en œuvre par TCI dans la zone d'étude. Sur le plan politique, l'étude pourrait relancer le débat sur le rôle de la communication en matière de planification familiale dans un contexte sensible comme le Niger.

Table des matières

1. Contexte et justification ---------- 3

2. Cadre théorique ---------- 4

2.1 Questions de recherche----------4

2.1 Modèle théorique d'évaluation de la qualité des services----------4

3. Données et méthodes ---------- 5

3.1 Population cible et zone d'étude----------5

3.2 Une approche centrée sur les femmes ----------6

3.3 Données----------6

4. Résultats préliminaires ---------- 9

4.1 Spécificités de la ville de Niamey en matière de qualité des services PF----------9

4.2 Autonomie de choix et coût des services de planification familiale ---------- 10

4.3 Qualité de l'information et des services reçus de planification familiale---------- 11

Conclusion partielle ---------- 12

Références---------- 14

1. Contexte et justification

Les obstacles à la pratique contraceptive dépassent largement les questions d'accès aux services abordables, diversifiés et de qualité (Casterline and Sinding, 2000). Particulièrement dans les pays Subsahariens, les normes et des valeurs modulent aujourd'hui encore la pratique contraceptive. Dans des pays comme le Niger où l'acception sociale et religieuse de la contraception reste d'actualité (Nouhou, 2016), l'étude des barrières d'accès à la planification familiale reste délicate. La question de la capacité des femmes à faire face à ces barrières est toute aussi importante que leur degré de motivation à contrôler leurs naissances (espacement ou limitation). Dans leur cadre explicatif des besoins non satisfaits en planification familiale, Machiyama et al (2017) vont au-delà des barrières liées aux méthodes, aux partenaires et au risque perçu de grossesse pour introduire les notions de consistance des préférences des femmes en matière de fécondité. Dans la même perspective, Rossier et al (2016) montrent une inconsistance entre les préférences de fécondité de court terme (2 années à venir) et ceux de long terme (nombre d'enfants désirés) parmi les femmes pauvres à Ouagadougou, ce qui entraîne un déphasage entre leurs aspirations fécondes et leur pratique contraceptive, entrainant ainsi une surestimation des besoins non satisfaits en planification familiale. Cependant, même dans des contextes très incertains comme les bidonvilles de Nairobi, Machiyama et (2019) montrent récemment que les préférences des femmes en matière de fécondité prédisent assez bien leur fécondité. Finalement, comme l'ont déjà montré Campbell et (2006) dans leur revue de la littérature sur les barrières à la planification familiale, le degré de motivation des femmes, leur incertitude ou leur ambivalence par rapport au souhait de retarder ou d'éviter une grossesse peuvent jouer un rôle important et variable suivant le contexte. Dans les couches sociales nigériennes défavorisées, cette ambivalence est nourrie par l'ampleur des rumeurs sur les méthodes contraceptives (Moussa, 2004).

L'autre facette des barrières d'accès à la planification familiale dans les pays comme le Niger serait la qualité des services. Investiguant sur l'accès à la santé en générale dans les capitales Ouest-africaines, Gobbers (2002) soulignait que « la relation soignant-soigné et le niveau de qualité perçu » constituent de loin le premier facteur d'exclusion en matière de santé. Bongaarts (2012) estimait qu'un programme de planification familiale de qualité pourrait réduire le désir de famille nombreuse dans le contexte Subsaharien. La diversité de choix des méthodes, la disponibilité continue des produits et services ainsi que la qualité des rapports clients/prestataires pourraient aujourd'hui encore expliquer la relative stagnation de la prévalence contraceptive dans certaines capitales ouest-africaines.

À Niamey, parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et en union, les besoins non satisfaits en PF sont estimés à 15,4% (PMA 2018). Ils sont plus importants parmi les femmes pauvres (21,6%) que parmi les plus riches (9,5%). Est-ce un problème de cohérence dans les aspirations reproductives ou une question d'accès inéquitable aux services de qualité ?

Cette étude examine les barrières à l'utilisation de la contraception à Niamey. Son objet est d'expliquer la faible adhésion aux services de planification familiale à travers un rapprochement entre la qualité des services et le degré de motivations des femmes à contrôler les naissances. Les résultats permettraient de recadrer les politiques en matière de planification familiale en milieu urbain. Les efforts en la matière sont aujourd'hui tournés vers la mobilisation des nouvelles utilisatrices afin de se rapprocher de l'objectif d'une prévalence contraceptive de 50% en 2020

auquel le Niger s'est souscrit dans le cadre du Partenariat de Ouagadougou. Identifier les meilleurs leviers pour soutenir le facteur principal qui limite une adhésion massive des femmes à la pratique contraceptive dans les quartiers périphériques de Niamey contribuerait à cet objectif.

2. Cadre théorique

2.1 Questions de recherche

Les enquêtes *Performance Monitoring for Action* (PMA) montrent une bonne qualité des indicateurs d'accès et de qualité des services de planification familiale à Niamey : large gamme de choix, faible rupture de stock, permanence du service, faible coût monétaire, etc. Cela contraste avec la récurrence des représentations populaires majoritairement négatives de l'expérience des femmes en quête de service de santé maternelle dans certains centres de santé de la Capitale (négligence, violence verbale, manque de respect et mépris, discrimination, etc.) (Diarra et al, 2015). Il existerait un creuset entre les standards de qualité (fonctionnement) et l'appréciation de la qualité perçue par les clientes (prestation). Un jugement défavorable de la qualité des prestations par les clientes, entraine-t-il un faible recours à la contraception ?

Les valeurs natalistes restent aujourd'hui encore présentes dans la société nigérienne. La dernière enquête PMA (2018) estime à 1,3% seulement les femmes de Niamey en âge de procréer qui ne désirent plus d'enfants. Le nombre idéal d'enfants parmi elles est en moyenne de 7 enfants (EDS 2012). Ces aspirations pro-natalistes, expliquent-elles le faible recours à la contraception à Niamey ?

Notre principale question de recherche se formule comme suit : quels sont les rôles de la qualité des services de PF et du degré de motivation des femmes à planifier leurs familles dans l'explication de la pratique contraceptive dans les quartiers périphériques de Niamey ?

Nous postulons que l'ampleur de la pratique contraceptive résulte de la combinaison entre ces deux facteurs dont l'un se mesure au niveau communautaire (qualité des services) et l'autre au niveau individuel (motivations des femmes). Nous examinerons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1. Lorsque les femmes *ne sont pas motivées* à planifier leurs familles et que les services de planification familiale sont de *mauvaise qualité*, il n'y aura pas de pratique contraceptive.

Hypothèse 2. Lorsque les femmes *sont motivées* à planifier leurs familles et que les services de planification familiale sont de *mauvaise qualité*, la pratique contraceptive sera limitée.

Hypothèse 3. Lorsque les femmes sont *ne sont pas motivées* à planifier leurs familles et que les services de planification familiale sont *de bonne qualité*, la pratique contraceptive sera limitée.

Hypothèse 3. Lorsque les femmes *sont motivées* à planifier leurs familles et qu'il existe des services de planification familiale de *bonne qualité*, la pratique contraceptive sera forte.

2.1 Modèle théorique d'évaluation de la qualité des services

Les besoins non satisfaits (BNS) pour l'espacement des naissances constituent 85% des BNS en planification familiale dans le contexte urbain de Niamey. Sous l'hypothèse que les seraient plus

exigeantes et moins tolérantes dans la quête des services d'espacement, ce contexte favoriserait un effet plus important de la qualité des services sur l'utilisation des méthodes contraceptives. L'évaluation de la qualité devra alors s'étendre à tous les aspects de la prestation, sans négliger certains détails des relations interpersonnelles qui pourraient être déterminants chez les femmes moins motivées.

Figure 1. Cadre théorique d'évaluation de la qualité des services, OMS (2011)

Pour l'évaluation de la qualité de la prestation des services de santé sexuelle et reproductive, nous adoptons le cadre théorique de l'OMS (2011). Bien que ce cadre mette en relation trois volets différents (effort programmatique, qualité des services et impact), nous nous focalisons sur les six éléments de qualité qui peuvent être examinés soit à travers l'observation directe ou l'interview avec les clientes.

3. Données et méthodes

3.1 Population cible et zone d'étude

La partie qualitative de cette étude sera conduite dans les quartiers périphériques de l'aire de santé du District Sanitaire 5 (DS 5) de Niamey. Elle concerne les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant dans les quartiers de Karagué et Lamordé. La population de ces quartiers est hétérogène, composée d'éleveurs autochtones, de migrants et de nouvelles couches sociales issues du développement de la ville de Niamey. Le DS 5 compte 40.663 femmes en âge de procréer pour un nombre de grossesses attendues de 5.904 pour l'année 2019.

Le DS 5 est l'un des 5 districts sanitaires qui couvrent la région de Niamey. La partie quantitative de l'étude examinera la qualité des services dans 27 sites de prestation de santé échantillonnés lors du PMA 2017 au sein de ces 5 districts sanitaires.

Du fait de leur faible niveau de développement en termes d'infrastructures et de la composition de leurs populations (éleveurs autochtones, migrants saisonniers, etc.), les quartiers de Karagué et Lamordé constituent des contextes péri-urbains propices à la survivance de plusieurs facteurs qui peuvent négativement affecter les motivations des femmes à recourir à la planification familiale. Les rumeurs à propos des effets secondaires des produits contraceptifs pourraient persister dans ces milieux et y trouver un écho favorable. L'analphabétisme, une faible scolarisation des filles, une activité économique principale des populations tournée vers l'élevage ainsi que le faible niveau d'accès à l'information correcte dans ces milieux sont autant des facteurs qui peuvent

favoriser les rumeurs et affecter les motivations des femmes à recourir à la contraception. Comme l'ont montré.

3.2 Une approche centrée sur les femmes

Les hypothèses formulées seront examinées à travers une approche mixte employant les méthodes quantitative et qualitative. Les données PMA ont servi à analyser plus finement les singularités de Niamey en matière de qualité des services.

Les préférences et le niveau de satisfaction des femmes sont analysés à travers une enquête qualitative articulée autour de 3 techniques que sont : l'observation directe des prestations de services, les entretiens individuels avec les clientes observées et des entretiens individuels approfondis avec des femmes qui n'utilisent pas la contraception malgré leur souhait d'éviter une naissance.

Évaluation de la qualité des services de planification familiale. Ce volet consistera à des observations directes de la prestation des services dans les quatre (4) CSI qui desservent les femmes de Karadjé et Lamordé en planification familiale. Il s'agira de mesurer l'écart entre la pratique et une référence à définir en collaboration avec les responsables du District sanitaire 5 de Niamey. Les analyses permettront d'identifier les lacunes observées et de proposer des actions d'amélioration. Quelques entretiens avec les prestataires dans chaque CSI permettront de compléter l'évaluation de la qualité des services ou de comprendre l'origine de certaines lacunes.

Mesure de la satisfaction des clientes et identification de leurs attentes. Basé sur une approche par les clients, ce volet permettra d'écouter les femmes observées au volet précédent dans le cadre d'un entretien individuel. L'objectif est double : mesurer leur niveau de satisfaction par rapport à la prestation reçue et identifier leurs attentes pour les visites à venir. Le gap entre le niveau de satisfaction et les attentes des femmes d'une part et le niveau de qualité mesurée d'autre part permettra de dégager le rôle de la qualité des services dans l'explication de la pratique contraceptive.

Analyse des motivations des femmes pour la planification familiale. Ce volet consiste à identifier des femmes qui veulent éviter une naissance et qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives, de préférence dans les alentours des centres de prestation des services PF. L'objectif est d'examiner plus finement les causes qui expliquent les distorsions apparentes entre les aspirations reproductives et les comportements à l'égard de la contraception.

3.3 Données

Enquêtes Performance Monitoring and Accountability (PMA)

Pour les données disponibles, l'échantillon des sites de prestation des services (SPS) du PMA de la région de Niamey comprend jusqu'à 30 SPS dont 27 ont des données complètes. Pour l'ensemble des 5 districts sanitaires de Niamey, l'échantillon des sites enquêtés comprend aussi bien des structures étatiques, majoritairement des centres de santé intégrée (CSI), que des structures privées, en général des pharmacies.

Tableau 1 - Échantillon enquête sites de prestation des services de santé, PMA 2016

District sanitaire	Autorité de rattachement	Type de structures	Remplissage du questionnaire	Nombre de sites enquêtés
DS 1	État	CSI	Complété	2
	État	CSI	Partiel	0
	Privé	Pharmacie	Complété	1
	Privé	Pharmacie	Complété	1
DS 2	État	CSI	Complété	3
	État	CSI	Refus	0
DS 3	État	Maternité centrale	Complété	1
	État	CSI	Complété	6
	Privé	Pharmacie	Complété	1
	Privé	Pharmacie	Refus	0
DS 4	État	CSI	Complété	6
	ONG	Salle de soins	Refus	0
	Confessionnel	CSI	Complété	1
	Privé	Pharmacie	Complété	1
DS 5	État	Hôpital national	Complété	1
	État	CSI	Complété	3
Ensemble				27

La taille de l'échantillon ne permettra pas de mener une analyse comparative entre les structures publiques (23) et privées (4) ou entre les 5 districts de Niamey. L'exercice consiste donc à mener une analyse plus fine de la qualité des prestations à partir d'une sélection de critères, tout mettant en perspective la situation du District 5 par rapport aux autres.

Données qualitatives

L'étude qualitative cible deux types d'acteurs qui sont les femmes en quête de service de planification familiale et les prestataires de service. Pour la collecte des données qualitatives, les techniques à employer vont de l'observation directe aux entretiens individuels simples et approfondis. La taille de la cible selon les techniques de collecte se résume comme suit :

a.	Quartiers périphériques de Niamey (Karadjé et Lamordé)	2
b.	Centres de santé intégrée	4
c.	Observations des séances de prestation	40
d.	Entretiens avec les prestataires de service	8
e.	Entretiens individuels avec les clientes	40
f.	Entretiens individuels approfondis avec les clientes	24

Observations directes. La collecte des données pour ce volet sera conduite à travers 10 observations directes de prestation de services dans chacun des quatre (4) CSI, soit au total 40 observations. La collecte se fera à travers une grille d'observations. Cette grille sera élaborée pour répondre au cadre théorique d'évaluation des services de santé sexuelle et reproductive de l'OMS. Les entretiens avec les prestataires concerneront 2 agents offrants les services de planification familiale dans chacun des 4 CSI, soit 8 entretiens. Le plan d'investigation peut se résumer comme suit :

Éléments de qualité	Objets d'examen	Méthodes
Choix (disponibilité et diversité)	• Nombre et types de méthodes disponibles • Convenance des méthodes disponibles • Capacité à faire un choix informé	• Observation directe • Interview clientes

	• Fourniture des méthodes choisies par les femmes	
Informations fournies aux clientes	• Temps consacré à la séance d'information • Langue et langage adoptés • Flexibilité de la pratique • Prévention et le traitement des IST • Sollicitation des questions supplémentaires	• Observation directe • Interview clientes
Compétence technique	• Qualification • Niveau d'expérience • Respect des règles de base de counseling	• Observation directe • Interview prestataires
Relations interpersonnelles clients-prestataires	• Accueil • Respect des clients • Création de climat de confiance	• Observation directe • Interview clientes
Mécanismes d'encouragement pour la continuité	• Intégration des services PF • Cartes de rendez-vous • Invitation au retour en cas de doute	• Observation directe • Interview clientes
Environnement approprié	• Service non-payant • Existence de prestataires de sexe féminin • Respect de l'intimité, local approprié	• Observation directe • Interview clientes

Entretiens individuels avec les clientes. Les 40 femmes observées dans les 4 CSI feront l'objet d'un entretien. Cela conduira à 40 entretiens individuels au total. Les femmes identifiées seront interrogées dans la journée pendant laquelle elles ont été observées, de préférence chez elles. Les visites dans les maisons permettront de relever certaines informations complémentaires sur les conditions de vie de la femme (confort de logement et caractéristiques de l'habitat). Les discussions sur leur satisfaction seront articulées autour de l'accueil, l'écoute, la liberté de choix, l'information reçue, les explications et les démonstrations, la satisfaction de leurs besoins/attentes ainsi que leurs probables visites futures ou recommandations aux autres.

Entretiens individuels approfondis avec les clientes à besoins non satisfaits en PF. Une liste de questions filtres sera utilisée pour identifier les femmes avec des besoins non satisfaits en PF. En raison de 6 femmes par CSI, un total de 24 femmes au total seront écoutées dans le cadre d'un entretien individuel approfondi afin d'élucider les écarts entre leurs aspirations et leurs comportement. Afin d'éliminer certaines catégories de femmes dont les comportements reproductifs sont spécifiques (adolescentes, nullipares, femmes non en union, etc.), les critères suivants seront appliquer pour identifier ces 24 femmes.

Situation matrimoniale	Actuellement mariées
Âge	22 ans ou plus
Parité	Avec au moins 2 enfants survivants
Souhait d'enfants (court et moyen termes) Pratique contraceptive Autres variables d'identification des BNS	Critères de l'algorithme des besoins non satisfaits

Les entretiens pour les volets 2 et 3 seront conduits suivant un style semi-directif. Ils seront réalisés en langues locales (Hausa ou Zarma), sauf dans le cas où la femme témoigne d'un niveau satisfaisant en Français parlé.

Un défis de notre volet qualitatif est percer le secret des histoires de vie des femmes que l'on qualifie de femmes à besoins non satisfaits en planification familiale. Nous proposons une approche holistique qui vise à inscrire les comportements reproductifs et contraceptifs dans un cadre plus globale de l'histoire de vie d la femme. Un style semi-directif dans les échanges permettra de bénéficier d'un large éventail d'informations permettant de situer les origines des incohérences entre les aspirations en matière de fécondité et le comportement contraceptif.

4. Résultats préliminaires

4.1 Spécificités de la ville de Niamey en matière de qualité des services PF

Planification familiale et qualité des services : les particularités de Niamey

Le Niger continue d'être un pays de référence pour la forte fécondité. Une femme a en moyenne plus de 7 enfants au cours de sa vie reproductive. Ce chiffre est encore plus grand en milieu rural (8,1 enfants) qu'en milieu urbain (5,6 enfants) (EDS, 2012). Mais les données récentes du Programme PMA 2020 en matière de demande et d'offre des services contraceptifs dressent un tableau curieux de la situation de Niamey par rapport au reste du pays.

Du fait de son rôle de la capitale du pays, Niamey est la zone du pays la plus privilégiée en matière de services de santé, en l'occurrence pour la disponibilité des services de la santé de la reproduction (offre). Principal centre du pays, la ville de Niamey et ses alentours est également attendue pour être le foyer de changement social, y compris en matière des comportements reproductifs (demande). Pourtant, les données collectées en 2017 par le Programme PMA 2020 ne semblent pas confirmer ce privilège qu'on pourrait attribuer à Niamey.

Prévalence contraceptive et besoins non-satisfaits en planification familiale

L'usage des méthodes contraceptives modernes n'est pas plus important à Niamey que dans les autres zones urbaines du pays. Parmi les femmes mariées, 31,2% utilisent une méthode contraceptive moderne dans les autres zones urbaines du pays contre 32,1% à Niamey. La différence est faible. La situation s'inverse même quand on s'intéresse à l'ensemble des femmes de 15-49 ans, sans distinction de statut matrimonial. A Niamey, 20,6% de cette catégorie utilisent une méthode moderne de contraception contre 22,4% dans les autres zones urbaines du pays.

Figure 1. Prévalence contraceptive pour les méthodes modernes à Niamey et dans le reste du pays

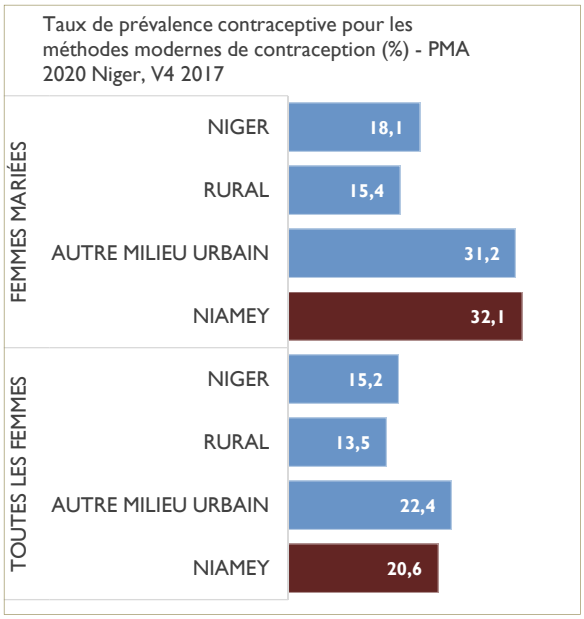
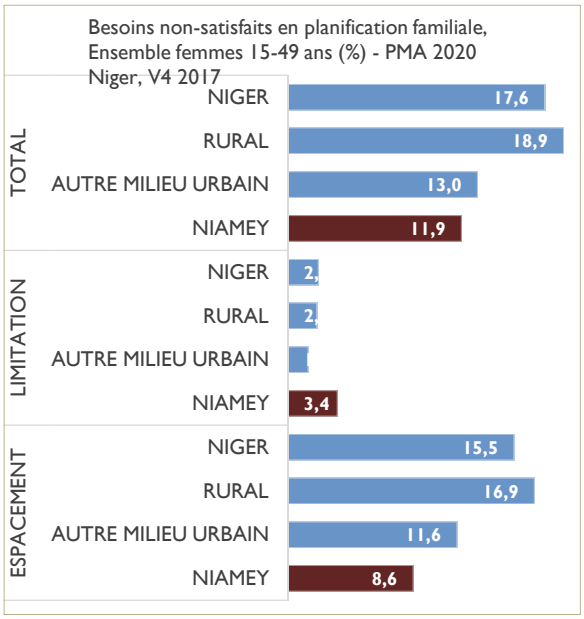


Figure 2. Besoins non-satisfaits en PF pour les méthodes modernes à Niamey et dans le reste du pays



L'examen des besoins totaux non-satisfaits en matière de planification familiale montre qu'ils sont fonction du gradient d'urbanité, plus élevés en milieu rural (18,9%), moins importants dans les autres milieux urbains (13%) et davantage plus faibles à Niamey (11,9%). En examinant selon les besoins en limitation et espacement des naissances, les besoins en limitation sont curieusement plus importants à Niamey (3,4%), comparativement aux autres milieux urbains et au milieu rural (respectivement 1,4% et 2%).

Le taux relativement faible d'utilisation des méthodes contraceptives modernes parmi l'ensemble des femmes 15-49 ans et l'existence des besoins non-satisfaits en limitation des naissances à Niamey constituent deux éléments importants auxquels des explications doivent être trouvées.

4.2 Autonomie de choix et coût des services de planification familiale

Contrairement aux attentes, à Niamey, les femmes ne se démarquent pas par une plus grande autonomie dans le choix des méthodes contraceptives. La proportion des femmes qui choisissent leurs méthodes contraceptives seules est la même à Niamey qu'en milieu rural (63%). Cette proportion est même plus importante pour les autres milieux urbains où elle s'approche de 73%. Pour les choix consensuels des méthodes contraceptives entre les femmes et leurs conjoints, Niamey ne se démarque pas non plus. Les parts de ce type de choix sont presque les mêmes à Niamey et en milieu rural.

Figure 3. Autonomie de choix contraceptif pour les utilisatrices des méthodes modernes, Niamey comparé aux autres régions

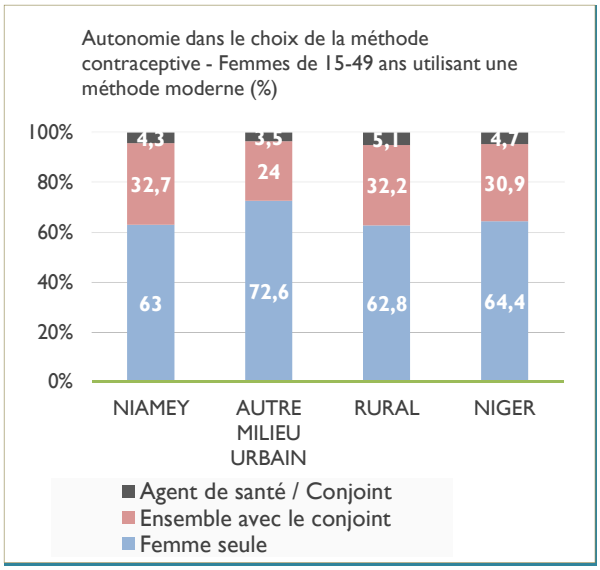
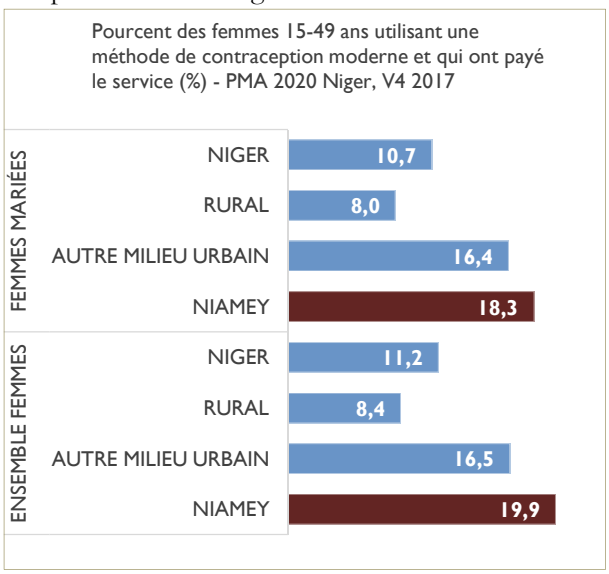


Figure 4. Coût des méthodes contraceptives modernes parmi les femmes 15-49 ans, Niamey comparé aux autres régions



D'une manière générale, le paiement des services de planification familiale est associé au gradient d'urbanité. La proportion des utilisatrices de la contraception ayant payé pour ce service est deux fois plus importante dans en milieu rural (8%) qu'en milieu urbain (plus de 16%). Niamey se démarque par une part plus importante des utilisatrices qui déclarent avoir payer pour le service reçu.

Deux éléments aident à comprendre la position de Niamey par rapport à la prévalence contraceptive et aux besoins non-satisfaits en planification familiale : (a) l'absence de privilège sur le plan d'autonomie en matière de planification familiale (par rapport aux autres régions) et (b) la présence des coûts plus élevés pour accéder aux services de planification familiale.

4.3 Qualité de l'information et des services reçus de planification familiale

La diversité et la pertinence de l'information reçue lors des séances de counseling est un élément de la qualité des services de planification familiale. Les résultats ci-dessous montrent qu'environ 73% des utilisatrices des méthodes modernes de contraception ont été informées sur d'autres méthodes. Par contre, 49% seulement de ces femmes ont reçu des informations sur les effets secondaires. Comparativement aux autres milieux urbains (81%), la proportion des femmes informées sur d'autres méthodes contraceptives est plus faible à Niamey (72%). Par contre, c'est à Niamey que les femmes sont les lus informées sur les effets secondaires. On peut conclure que Niamey ne se démarque pas unanimement en matière de la qualité des informations fournies aux femmes en quête de service de planification familiale.

Figure 5. Qualité de l'information reçue pour les utilisatrices des méthodes modernes de 15-49 ans, Niamey comparé aux autres régions

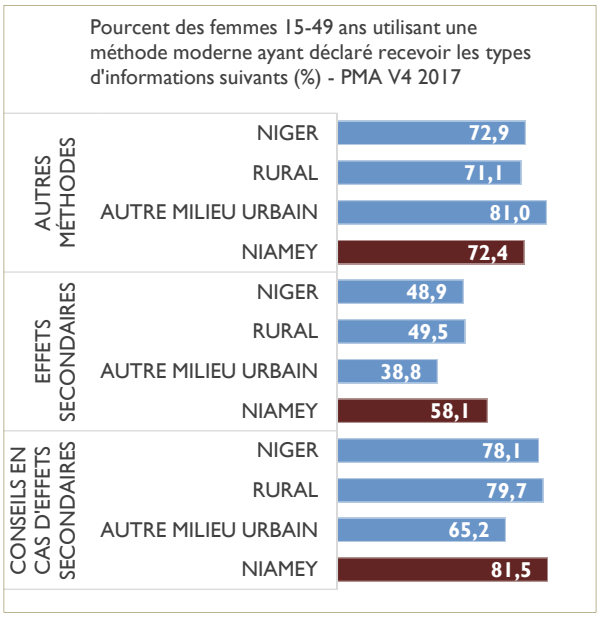
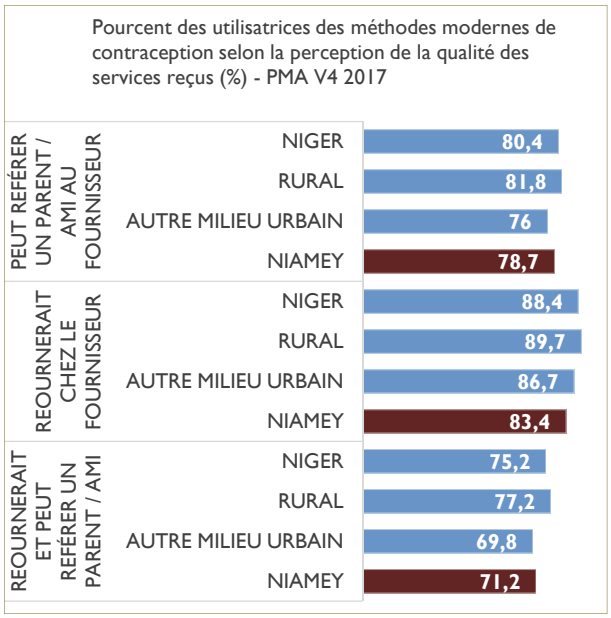


Figure 6. Qualité des services reçus par les utilisatrices des méthodes modernes, Niamey comparé aux autres régions



Un autre indicateur de la qualité des services relève du niveau de satisfaction des femmes. Lorsqu'elles sont satisfaites du service reçu d'un prestataire, elles sont prêtes à retourner chez le même prestataire et/ou à le recommander à leurs proches (parents ou amis). A ce niveau également, les femmes de Niamey déclarent moins souvent être prêtes à retourner chez leur fournisseur (83,4% à Niamey contre 88,4% au niveau national). La qualité de l'accueil, l'ensemble des interactions client/prestataire ainsi que la pertinence des informations reçues peuvent influencer le jugement des femmes. Les citadines pourraient également être plus exigeantes que leurs consœurs du milieu rural, d'où, relativement, une plus grande satisfaction chez ces dernières.

Finalement, les femmes ne semblent pas être mieux servies ou mieux reçues à Niamey dans le cadre de la quête des services de planification familiale. Au contraire, sur certains aspects comme les informations sur d'autres méthodes contraceptives et l'appréciation globale du service reçu, les femmes rurales rapportent des meilleurs scores que les citadines.

Conclusion partielle

Premier grand centre urbain du pays, Niamey pourrait s'arroger des avantages en matière d'offre de services de santé, en particulier les services de la santé reproductive et de planification familiale. Conformément à la théorie de diffusion, Niamey pourrait également être le centre des comportements reproductifs plus progressistes. Ces hypothèses ne sont pas confortées par les données collectées par l'enquête PMA lors de sa quatrième réalisée en 2017.

Niamey ne se démarque pas nettement par un taux de prévalence contraceptive plus important par rapport aux autres zones urbaines du pays. Et lorsqu'on s'intéresse à l'ensemble des femmes de 15-49 ans, les autres zones urbaines présentent même une meilleure prévalence contraceptive que Niamey. Les besoins non-satisfaits en limitation des naissances sont plus importants à Niamey que partout ailleurs dans le pays. Ces constats s'alignent avec l'absence d'un privilège

pour Niamey sur le plan d'autonomie en matière de planification familiale, mais aussi avec la présence des coûts plus élevés pour accéder aux services de planification familiale dans la capitale. Malgré ces coûts, les femmes de Niamey ne sont pas mieux servies ou mieux reçues dans leur quête des services de planification familiale.

Références

ANAES (2000). *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*, Paris, p. 136.

Bongaarts J. (2012), « Les programmes de planification familiale peuvent-ils réduire le désir de famille nombreuse en Afrique subsaharienne? », *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, No. Spécial de 2012.

Campbell M., Sahin-Hodoglugil NN. and Potts M. (2006), « Barriers to fertility regulation: a review of the literature », *Studies in Family Planning*, Vol. 37, No. 2, pp. 87-98.

Casterline JB, Sinding SW, (2000). Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy. *Population and Development Review,* Vol. 26, No. 4, pp. 691-723.

Diarra A., Soumana D., Djoulde F., Le Jean N., Maja S. A., Coulibaly L., Sawani R. S. et Sidibé M. (2015). « Être sage-femme au Niger : les pratiques quotidiennes d'un métier controversé », *Études et Travaux No. 121*, Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local, 112 p.

Gobbers D. (2002), « L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest », *Rubriques internationales,* No. 38.

Machiyama K., Casterline JB., Mumah JN, Huda FA, Obare F., Odwe G., Kabiru CW., Yeasmin S. and Cleland J. (2017), Reasons for unmet need for family planning, with attention to the measurement of fertility preferences: protocol for a multi-site cohort study, *Reproductive Health*, Vol. 14, No. 23. DOI 10.1186/s12978-016-0268-z
Machiyama, K., Mumah, J. N., Mutua, M., & Cleland, J. (2019). Childbearing desires and behaviour: a prospective assessment in Nairobi slums. *BMC pregnancy and childbirth*, Vol. 19, No. 1.

Moussa H. (2004). "La pratique de la planification familiale en milieu rural : cas du district de Kollo", *Études et Travaux No. 23*, Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local, 53 p.

Nouhou AM., (2016). "Liberté reproductive et recours à la contraception : les influences religieuse et sociale au Niger", *African Population Studies*, Vol. 30, No. 2, (Supp.). http://aps.journals.ac.za/pub/article/view/870/666

Rossier C., Senderowicz L. and Soura A. (2016). Unmet Need for Contraception among Burkina Faso's Urban Poor: Conflicted Fertility Preferences or Barriers to Contraceptive Access? *To be published.*