

PLANIFICATION FAMILIALE ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES EN MILIEU COMMUNAUTAIRE DE KOUMANTOU AU MALI

Kassoum KONE

*Institut National de Santé Publique (INSP),
Bamako, Mali.*

kaskone2008@gmail.com

Yaya SANGARE

*Institut National de Santé Publique (INSP),
Bamako, Mali.*

yaya.sangare63@yahoo.fr

Boureyma BELEM

*Institut National de Santé Publique (INSP),
Bamako, Mali.*

belem.b08@gmail.com

Assa DIARRA

*Institut National de Santé Publique (INSP),
Bamako, Mali.*

diarraas@yahoo.fr

Amadou DIA

*Institut National de Santé Publique (INSP),
Bamako, Mali*

docteurdia@gmail.com

AUTEUR CORRESPONDANT POUR LE MANUSCRIT :

Dr Kassoum Koné, PhD,

*Sociologue, Chargé de recherche à l'Institut National de
Santé Publique (INSP), Bamako, Mali.*

kaskone2008@gmail.com

RÉSUMÉ

Au Mali, selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2018, seulement 15 % des femmes âgées de 15-49 ans utilisaient une méthode contraceptive moderne. L'objectif de cette recherche était d'étudier les représentations sociales associées à l'adoption et à l'appropriation de la planification familiale dans les aires de santé de Kola, Niamala et Tiéfala, dans la commune rurale de Koumantou (cercle de Bougouni). Il s'agissait d'une étude qualitative, exploratoire et transversale dont la collecte s'est déroulée en 2018. L'échantillon était constitué d'époux et épouses, de dirigeants communautaires, d'agents de santé et intervenants locaux en santé et de femmes âgées, soit un total de 218 personnes. Nous avons procédé par des entretiens individuels et des entretiens de groupes focalisés à l'aide de guides d'entretien. L'accessibilité géographique et financière aux services de planification familiale, l'attitude des prestataires de soins, l'environnement familial et social sont des facteurs explicatifs du faible niveau d'adoption de la PF dans la commune. Malgré les intentions favorables à la PF, l'enfant continue d'occuper une place de choix dans la conscience collective des populations. Les populations de Koumantou associent des représentations et des images à la Planification Familiale. Il s'agit notamment des risques d'effets secondaires, de l'insécurité liée à l'absence de mesures préventives desdits effets secondaires et du doute de l'efficacité de certaines méthodes. L'étude n'a pas démontré une appropriation de la pratique par la population. Afin que les populations s'approprient la Planification Familiale, les activités et les agents dédiés à sa pratique doivent s'inscrire dans une dimension plus sociologique que médicale.

Mots clés : Appropriation, Koumantou, Mali, Planification familiale, représentations.

ABSTRACT

In Mali, according to the social survey and of Health of 2018, only 15% of the old women of 15-49 years used a modern contraceptive method. The objective of this research was to study the social representations associated with the adoption and the appropriation with family planning in the surfaces with Cola health, Niamala and Tiéfala, in the rural district of Koumantou (circle of Bougouni). It was about a qualitative, exploratory and transverse study whose collection proceeded in 2018. The sample consisted of husbands and wives, community leaders, health workers and local health workers, and older women, for a total of 218 people. We proceeded by individual talks and talks of groups focused using guides of maintenance. Geographical and financial accessibility with the services of family planning, the attitude of the people receiving benefits of care, the home environment and social are explanatory factors of the low level of adoption of the PF in the commune. In spite of the intentions favorable to the PF, the child continues to occupy a choice place in the collective conscience of the populations. The populations of Koumantou associate representations and images with Family Planning. These include the risks of side effects, the insecurity linked to the lack of preventive measures of these side effects and the doubt of the effectiveness of certain methods. The study did not show an appropriation of the practice by the population. So that the populations adapt Family Planning, the activities and the agents dedicated to its practice must fall under a dimension more sociological than medical.

Key words: Appropriation, Koumantou, Mali, family Planning, representations.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la planification familiale est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir à quel moment elles auront un enfant. La planification familiale joue un rôle important dans la réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale, ainsi que la transmission du VIH/SIDA (OMS, 2008, p.3). Au Mali, le niveau de la mortalité maternelle reste très élevé surtout en milieu rural où 364 mères pour 100000 naissances vivantes meurent des suites de complications imputables à la grossesse et à l'accouchement (RGPH, 2012, p.54). Ces décès pourraient être évités ou réduits significativement si les grossesses non désirées étaient évitées par une utilisation des méthodes contraceptives.

Au Mali, selon différentes Enquêtes Démographiques et de Santé, elle demeure également moins élevée chez les femmes âgées de 15-49 ans en union soit 8% en 2006 (EDSIV, 2006, p103.), 10% en 2012-2013 (EDSV, 2012, p. 115) et 15 % en 2018 (EDSVI, 2018, p.121). Mieux, en 2008, malgré que 77 % des femmes et 95 % des hommes en union connaissaient des méthodes modernes de contraception, les taux de prévalence contraceptive sont restés paradoxalement faibles chez les femmes en union avec 7 % pour toute méthode confondue et 6 % pour les méthodes modernes (ATN Plus, 2008, p.13). La région de Sikasso qui est l'une des plus peuplées avec 2 625 919 habitants soit 18,1% de la population malienne, enregistre un indice synthétique de fécondité qui dépasse la moyenne nationale plaçant ainsi les femmes de la région en tête de peloton avec 7,4 enfants par femme. Le nombre moyen idéal d'enfants des femmes de la région est de 6,3 contre 8,1 enfants pour les hommes (EDS, 2006, p.139) et le taux d'utilisation des services de planification était de 7,9% en 2015 (Annuaire SNISS, 2015, p.22).

A l'image de celle de la région, le taux de prévalence contraceptive du district sanitaire de Bougouni selon l'annuaire du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS), est de 2,12% et celui d'utilisation des services de PF est de 5,12%. Quant à la commune de Koumantou qui fait l'objet de notre étude, le taux de prévalence de la PF selon les données recueillies auprès de la mairie et des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) est de 5,52% dans l'aire de santé de Koumantou, 1,51% dans celle de Kola et 0,78% dans l'aire de Niamala. Des efforts ont été déployés pour améliorer les indicateurs liés à cette santé de la reproduction

parmi lesquels on pourrait citer : l'élaboration d'un Plan stratégique de la Santé de la Reproduction dont la mise en œuvre a réservé une place de choix à la communication pour le changement de comportement et l'intégration des services de PF dans le paquet minimum d'activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (PDDSS, 2014-2023 p.43). Malgré tout, l'on ne constate pas une augmentation significative du taux d'adoption de la PF. Beaucoup de recherches ont été effectuées sur la PF au Mali avec des résultats probants mais ce que représente la planification familiale pour les communautés reste moins élucidé. Or, l'image que se font les populations bénéficiaires d'une pratique est un facteur déterminant pour son succès ou son échec. Malgré la conjoncture économique que connaissent les populations rurales et en dépit des multiples actions entreprises par l'état et ses partenaires, l'adoption et l'appropriation de la contraception restent un problème tant au plan national qu'au niveau de la commune de Koumantou.

Dans le but de mieux comprendre le problème, nous tenterons de répondre aux questions suivantes : Qu'est-ce qui explique ce faible niveau d'adoption et d'appropriation de la planification familiale dans la commune rurale de Koumantou ? Qu'est-ce qui construit les comportements reproductifs de la population de la commune de Koumantou ? Quel est le rapport de l'environnement familial et social au comportement reproductif de la population de Koumantou ? L'objectif de cette recherche était d'étudier les représentations sociales associées à la faible adoption et à l'appropriation de la pratique de la planification familiale dans la commune rurale de Koumantou. Cet article identifie les barrières à l'adoption de la pratique de la PF par les populations de la commune de Koumantou, examine les représentations associées à la planification familiale et détermine le rapport des populations à la pratique.

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1.1. ZONE DE L'ÉTUDE

La commune de Koumantou couvre une superficie de 1790 km² avec une densité moyenne de 28,6 habitants au Km². Au plan de la santé, la commune compte 5 aires de Santé Communautaires. En 2016, la commune comptait 51304 habitants dont 26165 femmes soit 51% de la population générale. Elle compte 11680 enfants âgés de 0 à 5 ans avec un taux de natalité de 55 pour mille. La population est composée majoritairement de Bambaras cultivateurs avec lesquels vivent des Peulhs transhumants et sédentaires, des Dogons, des Soninkés, des Bobos, des Sénoufos et des Miniankas. La structure sociale de base est la famille logeant dans les concessions constituées de plusieurs ménages. La filiation et l'héritage au niveau de la commune sont patrilinéaires. Si le sororat est très peu pratiqué dans la localité, le lévirat y est par contre assez pratiqué à cause du statut de la femme qui fait partie de l'héritage. L'activité dominante des populations reste l'agriculture qui mobilise une forte main d'œuvre (ADAKOM, 2016, p.2). La région de Sikasso a été choisie de façon raisonnée à cause de la taille de sa population de femmes âgées de 15-49 ans estimée à 571 155 femmes avec l'indice de fécondité le plus élevé du pays soit 6,5 enfants selon le recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009. Au niveau de la région, nous avons sélectionné de façon raisonnée le district sanitaire de Bougouni qui a l'un des taux d'utilisation des services PF des plus bas soit 6,3% (Annuaire SLIS 2013, p.57).

1.2. APPROCHE ET INSTRUMENT UTILISÉS

Il s'agissait d'une étude qualitative, exploratoire et transversale dont la collecte s'est déroulée du 29 novembre au 18 décembre 2018 dans les aires de santé de Koumantou, Kola, Niamala, et Tiéfala dans la commune de Koumantou, district sanitaire de Bougouni dans la région de Sikasso au Mali. Les données ont été collectées à travers des entretiens individuels et des entretiens de groupes focalisés à l'aide de guides d'entretien.

1.3. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE

La population d'étude était constituée d'épouses âgées de 15- 49 ans, de chefs de ménages (époux), de femmes plus âgées (de 50 ans et plus), des intervenants locaux en santé (guérisseurs, marabouts, colporteurs de produits pharmaceutiques), des leaders communautaires, traditionnels et religieux, des agents de santé résidant dans la localité depuis au moins 6 mois, présents au moment de l'enquête et acceptant de répondre à nos questions. Le choix des villages des aires de santé a été fait en deux temps : en un premier temps, après concertation avec les directeurs techniques des Centres de Santé Communautaires, 4 villages ont été identifiés par aire de santé soit 20 villages sur les 37 que compte la commune. En second lieu, un tirage aléatoire simple par aire de santé a permis de sélectionner six (6) villages. Dans chaque village choisi, 5 concessions ont été sélectionnées au hasard. Dans chaque concession, un époux et son épouse ont été choisis au hasard soit 30 épouses et leurs époux. Les autres cibles ont été sélectionnées de façon raisonnée en fonction de leur statut et leur rôle au niveau de la localité. A l'issue de l'enquête, notre échantillon était au total de 218 personnes. Les variables à l'étude étaient entre autres : la connaissance de la planification familiale, les représentations associées à la grossesse et à l'enfant, les représentations de la pratique de la planification familiale, l'image de la femme planifiée, les besoins prioritaires en matière de santé, les barrières à l'adoption de la PF et l'acceptabilité de la pratique.

1.4. QUESTION ÉTHIQUE ET MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Avant le démarrage des entretiens, le consentement libre et éclairé a été demandé aux enquêtés qui étaient libres d'accepter ou de refuser avant ou pendant les entretiens sans préjudice. Les enquêtés ont été rassurés de la confidentialité et de l'anonymat des données. Selon les cibles enquêtées, les données ont été organisées après un dépouillement manuel. Elles ont été transcrites intégralement, nettoyées puis analysées à l'aide du logiciel « Modalisa » Version 2.

2. RÉSULTATS

2.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

La majorité des époux interrogés était agriculteurs et sans instruction. Quant aux épouses, elles s'occupaient dans leur grande majorité des activités ménagères et étaient sans instruction. Parmi les leaders communautaires, les religieux ont été les plus entendus tandis que chez les agents et intervenants locaux en santé, les matrones étaient les plus présentes au moment du passage de l'enquête pour répondre aux questions.

2.2. CONNAISSANCE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET BARRIÈRES À L'ADOPTION DE LA PRATIQUE

La planification familiale a été définie par la majorité des enquêtés comme une stratégie utilisée par les femmes et les couples pour espacer les naissances et prévenir les grossesses non désirées. Plusieurs méthodes ont été citées par les enquêtés parmi lesquelles, l'injectable communément appelée *kalosabani* dans la localité (en relation avec les trois mois de validité de la méthode) et la pilule étaient les plus connues des épouses. Une synthèse des focus groups a permis d'identifier principalement les injectables et Jadelle® communément appelé *Alimètini* avec les femmes en âge de procréer et les méthodes traditionnelles comme les gris-gris et les décoctions avec les vieilles femmes. La planification familiale est aussi définie par les enquêtés à travers ses avantages comme l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant, la réduction des dépenses du ménage et le bien-être de la famille. Ce qui fera dire à cette épouse :

L'un des avantages pour une femme de se planifier c'est le renforcement des liens entre époux et épouse, parce que tu peux t'approcher de ton mari n'importe quand sans avoir peur de contracter une grossesse ; la planification évite aussi la rupture utérine chez les femmes. (épouse de 41 ans, Mèna)

Cependant, en dépit des avantages cités, quelques inconvénients ont été signalés. Il s'agit sur le plan physiologique, de la difficulté de contracter des grossesses après une pratique prolongée de planification et au plan social, de l'éclatement de conflits entre conjoints lorsque le mari découvre que sa femme se planifie à son insu. La stigmatisation de la part de l'entourage est fréquemment ressortie aussi dans les discours lors des focus avec les femmes en activité de procréation. L'étude a identifié comme facteurs contributifs à la faible adoption de la pratique : l'opposition de l'environnement familiale, principalement du conjoint et le comportement de certains dispensateurs de soins. Ces facteurs, couplés à la peur et la honte d'être jugées et stigmatisées par les autres, contribue à construire une résistance artificielle à l'adoption de la pratique. Cela a amené certains enquêtés à qualifier les femmes utilisatrices de méthodes de planification de *sounkouroumba* qui signifie « femmes de mœurs légères ». De l'analyse de tout ce qui précède, il ressort que l'espace de liberté pour la prise de décision des femmes de la zone d'étude en matière de procréation reste restreint au regard de toutes les pressions sociales dont elles font l'objet. Il revient donc à la femme de contenir ces pressions sociales qui émanent généralement de personnes qui constituent directement ou indirectement ses référents sociaux, pour déterminer son intention en faveur ou non de l'adoption de la PF.

2.3. REPRÉSENTATIONS ASSOCIÉES À LA PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les attitudes en faveur ou non de l'adoption de la pratique contraceptive sont généralement déterminées par les représentations associées à la grossesse et à l'enfant. Ainsi, l'étude a permis de mettre en évidence la signification plurielle de la grossesse et de l'enfant. Pour une franche importante des femmes interrogées, tomber enceinte procure de la joie et du bonheur. La grossesse est perçue comme la concrétisation de l'amour à l'endroit de l'homme, l'espoir d'avoir un héritier. Une synthèse des entretiens de groupe avec les femmes en activité de procréation fait percevoir la grossesse comme la preuve de la bonne santé de la femme et la confirmation de son statut reproducteur. Elle est souvent qualifiée de précieuse comme « or ». Ainsi, ces épouses affirment :

La grossesse sous-entend l'espoir d'avoir un héritier car si l'on possède de l'argent sans avoir un enfant qui puisse hériter de cet argent, c'est grave, la richesse n'aurait pas de sens. (entretien individuel avec épouse)

Être femme, c'est être capable de tomber enceinte et entretenir la grossesse ; c'est ce qui te met au même niveau que les autres femmes et enlève tout doute de ta féminité. (focus group avec épouse)

Cette représentation positive associée à la grossesse ne cache pas cependant les sentiments de souffrance à endurer par les femmes pendant cette période, souffrance qui accumule peur, angoisse et inquiétude pour l'issue de la grossesse. Elle est exprimée à travers les propos qui suivent :

[...] Dès que l'on tombe en état de grossesse ici, ce sont les difficultés qui commencent ; nous sommes en milieu rural où l'on manque presque de tout et la femme enceinte est obligée de travailler ; [...] pour certaines femmes d'ici, la grossesse est une période vraiment pénible, mais que faire ? (épouse, Tièfala)

Cette appréciation est partagée par cette autre épouse en ces termes : A vrai dire, la grossesse représente pour nous un réel souci ; elle préoccupe au point que tout le monde fait les bénédictions : « que Dieu nous montre un jour heureux et qu'il vous sauve ». (épouse Konza)

Pour la majorité des hommes interrogés (y compris les leaders communautaires), la grossesse symbolise la chance, l'espoir d'avoir un enfant, la bonne santé et la fertilité du couple. Elle matérialise surtout le pouvoir et la grâce de Dieu. Les aspects d'angoisse et d'inquiétude exprimés par les femmes ne ressortent pas dans les discours des hommes. Ainsi dira cet Imam :

Le plus grand bonheur dont Dieu fait grâce à l'humain, c'est l'enfant. Tous les autres bienfaits que l'on considère comme du bonheur, sont en rapport avec l'enfant ; que ce soit le savoir, la richesse, le prestige social et tout ce que tu peux imaginer en bien. (Entretien individuel avec un imam)

Cette indifférence des hommes peut fortement influencer les prises de décision et constituer un obstacle à l'adoption et à l'appropriation de la pratique dans la localité. Concernant l'enfant, il n'existe pas une grande différence de représentations entre les cibles enquêtées. Interrogés sur ce que représente l'enfant, les époux et les leaders communautaires ont qualifié ce dernier de fruit du mariage et l'espoir de demain. Il est vu à cet égard comme une garantie pour la relève au moment de la vieillesse, l'objet de stabilité et de joie dans le foyer, la perpétuité de l'existence, la sérénité pour la prospérité de la famille et un soutien social. Les épouses interrogées ont, dans leur majorité, considéré l'enfant comme une grâce d'Allah et la manifestation d'amour entre couple. L'enfant a été aussi assimilé à de l'or qui symbolise la richesse et le bonheur. Ce qui est illustré par le témoignage qui suit :

L'enfant représente le mariage car si tu entends «enfant» c'est le mariage. Avoir beaucoup d'enfants est synonyme de chance car chez nous dans la localité ici, chaque enfant qui vient est une chance supplémentaire qu'on a en tant que parent. (Entretien individuel avec époux, Tounfouga)

Quant à la pratique de la planification familiale, elle représente pour la majorité des époux interrogés, la bonne santé de la femme et de l'enfant, l'épanouissement et le bonheur de la famille et un moyen de protection de la femme. La majorité des épouses partage ces perceptions dont certaines se sont exprimées en ces termes :

La planification familiale améliore la santé de la femme et réduit les dépenses en santé. Ici en brousse, nous fermons les yeux là-dessus sinon nous savons tous que la maternité affaiblit la femme, surtout si les grossesses sont très rapprochées [...] et la femme planifiée est plus à l'aise et a plus de force que celle qui n'est pas planifiée. (époux, entretien individuel)

J'ai fait 7 maternités dont 2 fois de jumeaux ; j'étais toujours malade de même que mes enfants dont 2 sont d'ailleurs décédés. Mais depuis que j'ai accouché de mes derniers jumeaux, en accord avec mon mari, j'ai adopté la PF ; les jumeaux ont aujourd'hui plus de trois ans et n'ont aucun problème ; vous voyez vous-mêmes comment je suis ! mon apparence physique suffit pour comprendre. (entretien individuel avec épouse à Kokodio)

Au-delà des appréciations favorables, l'étude a identifié des représentations négatives qui sont relatives : aux risques d'effets secondaires, au sentiment d'insécurité lié à l'absence de mesures de prévention des effets secondaires, au doute lié à l'efficacité des méthodes et au coût présumé élevé de la prise en charge des effets secondaires. Le terme «effets secondaires» désigne génériquement l'effet non recherché mais qui peut advenir à la suite de l'utilisation d'un produit ou d'un médicament selon les professionnels de la santé. Dans le cadre de cette étude, ce vocable est tout autrement perçu par les enquêtés. Il est désigné en langue bambara par *kôlôlô* qui signifie « conséquences, inconvénients » pouvant causer des dommages à son utilisateur. Les verbatims qui suivent l'illustrent :

Les inconvénients pour une femme de se planifier ce sont les maladies inconnues qu'elle provoque et les cas d'allergie. Elle peut entraîner des règles prolongées ou des règles en retard et même des grossesses inattendues à la suite d'erreurs de prise ou de la mauvaise qualité du produit. (épouse, entretien individuel).

Les produits contraceptifs ne sont pas bons, c'est surtout les injectables qui peuvent entraîner des maladies et par la suite, ils peuvent empêcher la femme de faire des enfants. (épouse, entretien de groupe focalisé).

Ce qui nous fait peur pour votre planning de maintenant là, se sont ses inconvénients. Les femmes se plaignent ici des saignements prolongés, des douleurs avant, pendant ou même bien après les règles et des douleurs abdominales surtout avec le DUT (entretien de groupe focalisé avec femmes âgées).

Cette représentation des effets secondaires peut être un obstacle à l'adoption de la pratique de la planification familiale dans la localité. A la question : autoriseriez-vous l'utilisation d'une méthode de PF chez vous ? les réponses sont majoritairement favorables surtout pour espacer les naissances. Ces intentions favorables présagent une adhésion des populations à la pratique à condition de prendre en compte les préoccupations soulignées au sujet des effets secondaires qui marquent profondément les esprits.

3. DISCUSSION

3.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

La grande majorité des époux et épouses était sans instruction. La majorité des époux interrogés était agriculteurs et la majorité des femmes ménagères. Pour les agents de santé et les intervenants locaux en santé, la majorité était des matrones et des relais communautaires dont la moitié était du niveau d'instruction primaire. Très peu avait atteint le niveau supérieur soit 3/24. Au Burkina Faso, une étude sur « *Genre et prise de décision* », a trouvé que plus de 8 femmes sur 10 n'avaient aucun niveau d'instruction et moins de la moitié des femmes exerçait un travail rémunéré (B. G. Thiombiano, 2014, p.261) tandis que dans la commune urbaine de Mirontsy au Comore, les niveaux d'étude étaient généralement moyens entre primaire/secondaire. (A hilda, 2016. p.27)

3.2. CONNAISSANCE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET BARRIÈRES À L'ADOPTION DE LA PRATIQUE

Les méthodes de planification familiale les plus connues par les populations de notre étude étaient les injectables, la pilule et Jadelle. Parmi ces méthodes citées, l'injectable communément appelée dans la localité *kalosabani* (qui dure trois mois) semble la plus connue par la grande majorité des enquêtés. A Mbacké au Sénégal (M. Leye, 2015, p.111), les injectables, les pilules, les implants ou le dispositif intra-utérin étaient pratiquées par les femmes avec une plus grande préférence pour les injectables. Au Bénin, les méthodes modernes les plus connues par les utilisatrices mariées sont par ordre d'importance l'injectable, le préservatif masculin et la pilule (S. Chae, 2015, p.2), tandis qu'en Mauritanie, les Femmes en Age de Procréer utilisaient plus les injectables et les pilules. (M Leye, 2015, p.78).

Concernant les avantages, la majorité des cibles de notre étude perçoit la PF comme un moyen d'améliorer la santé de la femme et de l'enfant et de réduire les dépenses du ménage. Julie Désalliers (2009, p.39.) a rapporté qu'en milieu rural burkinabé, l'utilisation des contraceptifs est facteur de « disponibilité sexuelle » de la femme en couple, d'entente au sein du couple et d'assurance pour des relations sexuelles sans crainte de grossesse. Ce qui est différent de nos résultats mais proche de ceux rapportés en Guinée Conakry (N. Kourouma, 2011, p.56-57), où l'harmonie, la confiance et le consensus au sein de la famille, ont été identifiés comme avantages de l'adoption de la PF. Les femmes burkinabés du milieu rural partagent presque les résultats de notre étude où avoir une descendance nombreuse demeure un facteur de puissance économique, de prestige social et de garantie pour la vieillesse (Z. CONGO, 2009, p.13-14). A Koumantou, l'opposition de la famille conjugale surtout du mari, l'attitude de certains dispensateurs de soins, la honte et la peur du stigmat constituent des obstacles à l'adoption de la contraception. Des résultats proches ont été trouvés en milieu rural burkinabé (J. Désalliers, 2009, p.43) où l'influence de l'environnement a été citée comme facteur pouvant influencer la décision du couple en matière de contraception. Des résultats similaires à ceux de notre étude ont été rapportés au Bénin (S Chae., 2015, p.4) où l'arrêt de la pratique par les anciennes utilisatrices est motivé par la peur des effets secondaires, le doute sur l'efficacité des méthodes ; les inconvénients de la pratique et la désapprobation du mari.

A la différence des résultats de notre étude, en République Démocratique du Congo, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste butée au désir de maternité des femmes, à l'interdiction religieuse et à la crainte des effets secondaires (A. M. Ntambue, 2017, p.199). Au Brésil (M. Bozon, 2005, p.359), la faible implication des conjoints et partenaires masculins dans les questions de contraception et de reproduction a été rapporté comme facteur explicatif de la faible utilisation des contraceptifs. Nos résultats sont différents de ceux retrouvés à Mbacké (M. Leye, 2015, p.112) où les ruptures d'intrants dans les structures sanitaires étatiques, le coût élevé des produits contraceptifs dans les officines privées et la cherté du ticket de consultation PF au centre de santé sont les facteurs explicatifs de la faible adoption de la PF par les utilisatrices.

3.3. REPRÉSENTATIONS ASSOCIÉES À LA PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La représentation sociale de la planification est indissociable de celle associée à la grossesse et à l'enfant. Le rapport de l'homme ou de la femme à ces derniers (la grossesse et l'enfant), peut déterminer sa position par rapport à la contraception. Ainsi, les résultats de notre étude révèlent que la grossesse suscite de l'espoir d'avoir un héritier, la preuve de la bonne santé de la femme et la confirmation de son statut reproducteur. Contrairement à nos résultats, en France (V. Gomez, 2015, p.46), la grossesse est perçue avant tout comme la satisfaction d'un désir individuel et intime d'avoir un enfant. Elle est vécue comme le partage égalitaire du travail reproductif entre l'homme transmetteur du matériel génétique et la femme porteuse de l'enfant. Au Niger, des perceptions proches de celles de notre population d'étude représentent la femme à travers sa mission sociale portée par la maternité c'est à dire porter une grossesse, ou accoucher d'un enfant ou l'éduquer (H. Moussa, 2012, p.25).

Concernant l'enfant, les populations de notre étude se le représentent comme le fruit du mariage, l'espoir de demain, une garantie pour assurer la relève. Au Maroc (T. Abdelaadim, 2020, p.55), contrairement à nos résultats, l'enfant représente la pureté et l'innocence. Il symbolise la fertilité et le pouvoir des adultes et médiateur entre les êtres visibles et les êtres invisibles. La représentation peut être fonction du statut, de la valeur sociale et même des objectifs de vie. Ainsi contrairement à notre étude, en Guadeloupe et en Martinique (D. Pourette, 2011, p.100), l'arrivée d'un enfant chez des femmes vivant avec le VIH est interprétée comme une fatalité ou le résultat de la volonté de Dieu. Il est perçu comme un moyen de chasser les stigmates liés au célibat ou à l'orientation sexuelle des femmes, il réconcilie leur statut de femme et leur rôle social de devenir mère (V. Gomez, 2015, p.50). Quant à la pratique contraceptive, elle représente pour la majorité des cibles interrogées, la bonne santé, l'épanouissement et le bonheur. Contrairement à nos résultats, Armelle ANDRO et Véronique HERTRICH (2001, p.728) rapportent que dans les pays du Sahel, la contraception est assimilée à un moyen d'émancipation de la femme par les hommes plutôt qu'à une méthode de contrôle des naissances. Cette représentation négative est partagée par les hommes du milieu rural Burkinabé (J. Désalliers, 2009, p.41) qui voient en la pratique, la perte de leur contrôle sur la fécondité et la sexualité des femmes, une atteinte à la reproduction sociale et à l'existence même de la société. Elle est vue comme une stratégie utilisée pour réduire le pouvoir décisionnel de l'homme au profit de celui de la femme (A. Issoufou et al, 2015, p.57) ; une altération de la fertilité féminine et un obstacle à l'atteinte du nombre souhaité d'enfants. (N. Bajos, 2013, p.23) Les résultats de notre étude montrent une attitude majoritairement favorable pour l'adoption de la planification familiale. Cela se manifeste par les intentions exprimées par la presque totalité des enquêtés à autoriser la pratique dans leurs ménages. Cette attitude est partagée par les hommes au Sénégal (A. Faye. 2016, p.193-194.) où près de 73 % seraient disposés à accepter que leurs femmes utilisent une méthode contraceptive. Les raisons de la faible demande pour la contraception moderne au Mali seraient la non-adhésion de certains religieux, la non-implication des maris, la pression des parents, voire la belle-famille pour produire des enfants (L. Bijlmakers et al, 2012, p.68). Ce qui est comparable aux résultats de notre étude.

CONCLUSION

Les populations de Koumantou ont un langage et une perception communément partagés à propos de la planification familiale désignée par *bankékôlôsi* qui signifie « surveiller, contrôler les naissances ». La pratique est perçue par la majorité des cibles comme un moyen d'améliorer la santé de la femme et de l'enfant, de réduire les dépenses du ménage et de préserver les grossesses indésirées. Elle est perçue aussi à travers ses effets secondaires désignés par *Kôlôlô* qui signifie dans la langue locale : « inconvénients ». L'adoption de la PF dans la commune reste butée à l'influence de l'entourage familial et social, à la réticence des époux, au mauvais comportement de certains agents et à la crainte des effets secondaires. La grossesse et l'enfant occupent une place importante dans la conscience collective des populations et représentent un enjeu économique et social. Si la PF fait partir des trois besoins prioritaires des épouses de la localité, elle ne l'est pas chez les hommes. Ce qui ne favorise pas une adoption optimale de la pratique dans la localité. Même si les populations semblent favorables à l'utilisation future d'une méthode de PF, il est prématuré de conclure à une appropriation de la pratique à travers les manifestations d'intentions qui restent à évaluer. Le concept de la planification familiale, au-delà du strict cadre médical où il reste confiné, doit être pensé plus dans sa dimension sociale. Il s'agit d'inscrire désormais les activités des différents programmes de PF et celles des agents dédiés à sa pratique, dans une dimension plus sociologique que médicale en adoptant une stratégie de communication adaptée et ciblée qui prend en compte les approches et les valeurs sociales endogènes de la communauté.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adama Faye, B. Sylla. Anta Tal-Dia, 2016, « Déterminants de l'acceptabilité des hommes à la planification familiale en milieu rural sénégalais », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 64(4), PP193-194.
- Abel Mukengeshayi Ntambue, Rachel Ngalula Tshiala, Françoise Kaj Malonga, 2017 « Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo : prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi », *The Pan-African Medical Journal.* ; 26:199.
- Armelle ANDRO et Véronique HERTRICH, 2001, « La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? » *Population*, Vol.56, N°5, pp. 721-772.
- Assistance Technique Nationale Plus (ATN Plus), 2008, *Santé de la reproduction et survie des enfants dans certaines zones d'intervention de Keneya Ciwara de l'USAID à partir des données d'EDSIV Mali.*
- Association pour le Développement de l'Arrondissement de Koumantou (ADAKOM), 2016, *Essai d'une monographie de la Commune rurale de Koumantou.* Février. P. 18.
- Assoumane Guero Issoufou et Haïdara Mohamed, 2015, « Ecole des maris : implication des hommes dans la santé de la reproduction », premier forum de la CEDEAO des bonnes pratiques en santé ; *livre des abstracts* ; Ouagadougou, Burkina Faso, p. 57.
- Bilampoa Gnoumou Thiombiano, 2014, « Genre et prise de décision au sein du ménage au Burkina Faso. » *Cahiers québécois de démographie*, Vol.43, N°2, p. 249-278.
- Cellule de Planification et de Statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille, *Annuaire 2015 du système national d'information sanitaire et social*, p.188.
- Cellule de planification et de statistiques (CPS/SSDSPF), institut national de la statistique (INSTAT), Centres d'études et d'informations statistiques (INFO-STAT), IC International Rockville, Maryland, USA, 2013, *Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM V)*, p. 547.
- Cellule de planification et de statistique du ministère de la santé (CPS /MS), direction nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI), ministère de l'économie, de l'industrie et du commerce, 2006, *Enquête démographique et de santé au Mali (EDS IV)* p. 497.

- Direction Nationale de la Santé, 2012, *Annuaire du Système Local d'Information Sanitaire*, 178p.
- Dolorès Pourette, 2011, « Trajectoires reproductives et significations de la maternité chez des femmes vivant avec le VIH en Guadeloupe et en Martinique. » *Sciences sociales et santé*, 29 (2), p. 83-107.
- Hadiza Moussa, 2012, *Entre absence et refus d'enfant : socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*, Paris, l'Harmattan.
- Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF2019, *Enquête Démographique et de Santé au Mali*. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
- Institut National de la Statistique, 2009, *Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali (RGPH 2009)*.
- Julie Désalliers. 2009, « Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? », *Autrepart*, 52 (4), p. 31-47.
- Leon Bijlmakers, Roy Carr-Hill, Seydou Doumbia, Nianguiry Kanté, Kafing Diarra, Judith Mathijssen, Nangourou Sanogo, 2012, *Pratique contraceptive et la contribution des activités de planification familiale au Mali*. Une étude dans le cadre de la coopération malienne-néerlandaise.
- Mamadou Makhtar Mbacké LEYE, Ibrahima Seck, Anta Tal-Dia, Adama Faye, Issa Wone, Jean Augustin Diégane Tine, Mohamed Mahmoud ould. Hamady. 2015, « Facteurs associés à l'utilisation de la contraception moderne au niveau de la commune d'Aïoun en Mauritanie. » *Rev. CAMES SANTE* Vol.3. N°1. PP 77-80
- Michel Bonzon, 2005, « L'évolution des scénarios de la vie reproductive des femmes au Brésil : Médicalisation, genre et inégalités sociales. » *Revue Tiers Monde* Vol.2, N°182, page 359-384.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2013, *Annuaire Statistique du Système Local d'Information Sanitaire*, p179.
- N Bajos, M. Teixeira, A Adjamagbo et al. « Tensions normatives et rapport des femmes à la Contraception dans 4 pays africains. » *Population*, 2013, 1 Vol.68, N°1, pp 17 à 39
- Nounké Kourouma, 2011, *Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée*. Thèse de doctorat (Ph.D) en démographie, Faculté des arts et des sciences ; Université de Montréal Canada, 305p.
- Organisation Mondiale de la Santé, Mai 2013, *Aide-mémoire* N°351 ; Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2008, *Le repositionnement de la planification familiale : directives pour action de plaidoyer*, p. 3.
- Rozée Gomez, Virginie, 2015, « Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation ». *Recherches familiales*, vol. 12, no. 1, p. 43-55.
- Secrétariat Permanent du PRODESS, 2014-2023, Cellule de Planification et de Statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille : *Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS)* ; P.97.
- TAHIRI, Abdelaadim, juin 2020, « Représentation sociale de l'enfant au Maroc. » *Cahiers d'Études sur la Représentation*, n.4. pp51-61
- Zakari Congo, 1999, *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle. Analyse à partir des données de l'enquête démographique et de santé de 1998 à 1999*, Présence Graphique, France.