

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Approche ethnographique de l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu
rural sahélien, Burkina Faso

Par
Julie Désalliers

Département d'anthropologie
Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention
du grade de M.Sc. en anthropologie

Août, 2008

© Julie Désalliers, 2008



Université de Montréal
Faculté des Études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Approche ethnographique de l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural
sahélien, Burkina Faso

présenté par
Julie Désalliers

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

- Gilles Bibeau, président-rapporteur
- Vinh-Kim Nguyen, directeur de recherche
- Valery Ridde, membre du jury

Résumé

Cette recherche se penche sur les raisons qui justifient l'offre de contraceptifs hormonaux injectables en milieu rural burkinabè et la façon dont ces technologies sont utilisées et réinterprétées par les femmes et les hommes en lien avec leur conception du corps reproductif et de la vie reproductive ainsi que de la famille et de son rôle économique. Une recherche sur l'histoire des politiques de population en Afrique et au Burkina Faso met en évidence le contexte global dans lequel ces contraceptifs sont offerts ainsi que les discours médical, politique ou idéologique qui s'y rattachent. Un terrain de quatre mois dans sept villages de la Kossi, en collaboration avec le Centre de recherche en santé de Nouna, a permis de comprendre davantage le contexte économique et culturel de l'utilisation des contraceptifs et les raisons variées pour lesquelles ils sont utilisés ; les plus âgés ayant tendance à les utiliser comme substituts aux méthodes traditionnelles d'espacement et les plus jeunes liant ces contraceptifs à une conception nouvelle de la famille et de ses besoins, mais dans tous les cas dans un contexte de contraintes économiques se faisant de plus en plus lourdes et menant souvent à la décision de restreindre la taille de la famille. La dynamique des relations de genre qui prennent place dans la négociation de la fécondité a aussi été observée, cette négociation étant facilitée par l'utilisation du discours biomédical par les femmes pour défendre leurs intérêts auprès du mari ainsi que par la possibilité d'utiliser les contraceptifs à son insu.

Mots-clefs : anthropologie médicale - planification familiale - politiques de population - vie reproductive - relations de genre - changement social - Sahel

Abstract

This research focuses on injectable hormonal contraceptives in rural Burkina Faso, examining how these biomedical technologies were introduced and continue to be used. It examines how contraceptives shape conceptions of the reproductive body by rural women and men, as well as the temporality of reproductive life, the nature of the family and its economic role. This research on the history of population policies in Africa and Burkina Faso describes the context in which contraceptives are offered and the medical, political and ideological discourses linked to this context. Fieldwork was conducted in seven villages around Nouna, a small Burkinabe town, in collaboration with the Centre de Recherche en Santé de Nouna. Contraceptives are used in a specific economic and cultural context and for various reasons; they are mostly used as substitutes for traditional spacing methods and abstinence, although younger women seem to link them to a new conception of the family and of children's needs, but in all cases, in a context where the availability of contraceptives appears like a solution to poverty and maternal and child mortality. The dynamics of the gender relations that take place in the negotiation of fertility between spouses in the context of the availability of hormonal contraceptives where women can take them surreptitiously are also described. These negotiations between partners were greatly facilitated by women linking the use of contraceptives to a specific biomedical discourse in order to convince their husbands and assert their needs and their interests.

Keywords : medical anthropology - family planning - hormonal contraceptives - population policy - gender relations - women agency - reproductive life - fertility - Sahel - Burkina Faso.

Tables des matières

RESUME	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIERES	V
Liste des tableaux	VII
Liste des figures	VIII
Liste des sigles et des abréviations	IX
REMERCIEMENTS	X
INTRODUCTION	1
1 - PERSPECTIVES ANTHROPOLOGIQUES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	7
1.1- POLITIQUES CONTRACEPTIVES ET BIOPOUVOIR.....	7
1.1.1- <i>Pouvoir sur le corps, pouvoir sur l'espèce: les deux facettes du biopouvoir</i>	8
1.1.2- <i>Les politiques de planification familiale dans leur contexte historique et ethnographique</i>	15
1.2- TECHNOLOGIES CONTRACEPTIVES ET CHANGEMENT SOCIAL.....	25
1.2.1- <i>Théories du changement social</i>	26
1.2.2- <i>Critique des approches démographiques et culturalistes</i>	31
1.2.2- <i>Interactions entre les technologies contraceptives et les populations locales</i>	36
2 - CONTEXTE ET METHODOLOGIE	41
2.1- CONTEXTE DE L'ENQUETE.....	41
2.1.1- <i>Situation démographique</i>	41
2.1.2- <i>Situation géographique, historique et ethnographique</i>	47
2.2- METHODOLOGIE	53
2.2.1- <i>Contexte et déroulement de la recherche</i>	53
2.2.2- <i>Choix des villages et des répondants</i>	55
2.2.3- <i>Déroulement des entrevues</i>	64
3 - PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO.....	66
3.1- POLITIQUES NATIONALES EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE	66
3.2- STRUCTURE DU RESEAU DE SANTE, DISTRIBUTION ET FINANCEMENT DES CONTRACEPTIFS.....	69
3.3 - LE POUVOIR MEDICAL ET LES PRESSIONS DE LA COMMUNAUTE	72

4- CONCEPTION DU CORPS REPRODUCTIF : LA TEMPORALITE DE LA VIE	
REPRODUCTIVE.....	82
4.1 – FIN DE LA VIE REPRODUCTIVE.....	83
4.2 - ESPACER LES NAISSANCES.....	86
4.3 - EMPECHER LES NAISSANCES.....	91
4.4 - POUVOIR COMPTER ET SUIVRE LE CYCLE.....	92
4.5 - PERTURBATION DU CYCLE MENSTRUEL ET FECONDITE	98
5 - CONCEPTION DE LA FAMILLE : UN DESIR D'ENFANTS CONTRAINT PAR LES MOYENS	
ET LES AVANTAGES D'AVOIR MOINS D'ENFANTS.....	102
5.1 - L'IMPORTANCE DES ENFANTS	103
5.2 - DETERIORATION DES CONDITIONS DE VIE	109
5.3- UN PAS VERS LE CHANGEMENT?	113
5.4- LES AVANTAGES D'AVOIR MOINS D'ENFANTS	116
6 - PRODUCTION DU GENRE A TRAVERS LA NEGOCIATION DE LA FECONDITE	122
6.1- LA FEMME, LE VECTEUR D'INFORMATION, L'HOMME, L'AUTORITE DECISIONNELLE	125
6.2- OUVERTURE DU MARI ET L'ENTENTE DANS LE COUPLE.....	128
6.3- LA PEUR DE PERDRE LE CONTROLE DES FEMMES	133
6.4- UN ESPACE DE NEGOCIATION ET SES LIMITES	137
6.5- ECHÈC DES NEGOCIATIONS: DESOBEISSANCE A L'HOMME	143
CONCLUSION	148
BIBLIOGRAPHIE.....	158
ANNEXES	XI
ANNEXE 1 : RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS	XVI
ANNEXE 2 : FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LE CRSN.....	XVIII
ANNEXE 3 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS	XIX
ANNEXE 4 : APERÇU DES QUESTIONS QUI GUIDAIENT LES ENTREVUES, AVEC EN EXEMPLE LES QUESTIONS POUR LE GROUPE 1 (FEMMES CONSULTANT POUR LA PF)	XX
ANNEXE 5 : PHOTOS DU TERRAIN	XXII

Liste des Tableaux

Tableau I :	Évolution de l'ISF depuis 1960, selon le milieu de résidence	43
Tableau II :	Durée médiane de l'intervalle intergénésiq ue, de l'aménorrhée, de l'abstinence post-partum et de l'allaitement (en mois)	44
Tableau III :	Prévalence contraceptive selon les types de méthodes	45
Tableau IV :	Accessibilité géographique des formations sanitaires et couvertures obstétricale et pré-natale	57
Tableau V :	Statistiques du DSS pour les villages : composition des ménages	58
Tableau VI :	Taux de prévalence contraceptive en 2007	59
Tableau VII :	Répartition des répondants par CSPS et par groupe d'enquête	61
Tableau VIII :	Liste des répondants et données sociodémographiques	xiii
Tableau IX :	Caractéristiques sociodémographiques des répondants	62
Tableau X :	Prix des contraceptifs en francs CFA et taux de subvention	71

Liste des Figures

Figure 1 : Changements dans l'Aide publique au développement pour la santé et la population	xi
Figure 2 : Carte du Burkina Faso et ses provinces	xii
Figure 3 : Évolution de l'espérance de vie de 1950 à 2005	42
Figure 4: Stagnation de la mortalité infantile au Burkina Faso	42
Figure 5 : Évolution de l'ISF au Burkina Faso depuis 1960	43
Figure 6 : Besoin des femmes en matière de PF selon leur âge	46
Figure 7 : Carte des CSPPS du district sanitaire de Nouna, province de la Kossi	56
Figure 8 : Structure du réseau de santé et du réseau pharmaceutique	70
Figure 9 : Schéma de l'interaction entre le pouvoir médical et les pressions de la communauté dans les décisions en matière de PF	xxi

Liste des sigles et des abréviations

ABBEF	Association burkinabè pour le bien-être familial
ABSF	Association burkinabè des sages-femmes
APAF	Association pour l'action familiale
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CAP	Enquêtes portant sur les "Connaissances, Attitudes et Pratiques"
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CIDP	Conférence internationale sur le développement et la population
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
COGES	Comité de gestion
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DIU	Dispositif intra-utérin
DSF	Direction de la santé de la famille
ÉCD	Équipe cadre de district
ED	Enquêtes démographiques
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
FMI	Fonds mondial international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GTZ	Coopération Technique de la République Fédérale d'Allemagne
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infections sexuellement transmissibles
KABP	« Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices »
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PF	Planification familiale
PPFA	Planned Parenthood Federation of America
PROMACO	Programme de marketing social et de communication pour la santé
PSI	Population services international
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience humaine
SMI	Santé maternelle et infantile
SR	Santé de la reproduction
USAID	United States Agency for International Development

Remerciements

Je tiens à remercier Gilles Bibeau, d'abord pour l'intérêt qu'il m'a donné pour l'anthropologie médicale et ensuite pour m'avoir permis de travailler avec le Centre de recherche en santé de Nouna (CRSN) et je remercie également tous les membres du centre qui m'y ont accueillie et qui m'ont aidée dans ma recherche ou au niveau pratique : Ali Sié, le directeur, Mamadou Sanon, Idrissan Cissé, Casimir Ouédraogo, Victor Coulibaly, Alphonse et Séraphin. Je remercie aussi le médecin chef de district, le Dr. Milogo, qui m'a mise en contact avec le personnel médical des CSPS et m'a donné accès aux données démographiques pour le district ainsi que son équipe au district ou au centre médical (CMA) de Nouna dont le Dr Diarra, le Dr Ganame, le Dr Traoré ainsi que Honoré Sawadogo et Mamadou Toé qui m'ont accordée de longues entrevues! Je remercie également, à Ouagadougou, Roselyne Some de l'ABBEF, le Dr. Modeste Yerbanga de la CAMEG, le Dr. Abel Bicaba, Rachel Nacanabo, Julien Tougouri de PROMACO et Yussouni Zourkaleini de l'ISSP qui ont bien voulu me rencontrer, m'accorder du temps pour des entretiens et m'aider dans mes recherches.

Mais surtout, je remercie tous les gens qui m'ont accordé du temps précieux pour des entrevues à Nouna et dans les villages de Bagala, Barani, Bourasso, Dara, Ira, Koro et Lekuy et grâce à qui j'ai pu réaliser cette étude, de même que Fatimata Dramé, mon interprète et amie avec qui j'ai passé la majorité de mon temps, et qui a été d'une aide indispensable sur le terrain. Je suis aussi infiniment reconnaissante envers les infirmiers et les sages-femmes qui m'ont hébergée et aidée durant ma recherche, mes amis burkinabè qui m'ont encouragée à poursuivre dans cette voie et avec qui j'ai pu partager : Samy Hien, Alassan Conombo, Belem et Ambroise Bonkoungou à Ira, Issaka Ouédraogo et Isabelle Zoungrana à Barani, Ibrahim Ouédraogo à Bagala, Martial Hien et Mme Kenom à Bourasso, Anatole Lompo à Lekuy, Zakaria Gnessien à Dara, Oussenou Ouédraogo, Babou Yaho et Awa Coulibaly à Koro et Gaston Botoni du dépôt pharmaceutique de Nouna.

Les encouragements que j'ai reçus de mes professeurs et la passion qu'ils m'ont transmise pour l'anthropologie m'ont aidée à poursuivre dans cette voie et, bien que je ne puisse tous les nommer, je veux prendre le temps de les remercier ici, de même que Vinh-Kim Nguyen, mon directeur de recherche, qui m'a encouragée en plus d'être une source constante d'inspiration et dont j'aimerais bien suivre les traces dans le futur...

Je remercie finalement ma mère — et toute ma famille — pour le support, mais aussi parce qu'elle m'a initiée aux méthodes contraceptives naturelles lorsque j'étais jeune, dans une société où on ne parle que trop peu de ces méthodes, ce qui a aiguisé mon intérêt pour le sujet lors de mes études et m'a finalement mené à mon sujet de recherche actuel. Enfin, je remercie Matthieu Rytz pour tout le support qu'il m'a apporté sur le terrain de recherche et durant la rédaction, pour ses photos, son aide technique, pour nos multiples discussions et pour mille autres choses.

Je dois enfin des remerciements au CRSH et au FQRSC pour les deux bourses que j'ai reçues et qui m'ont permis de mener à terme cette maîtrise.

INTRODUCTION

« Car l'histoire de la contraception raconte beaucoup plus que ce qu'on pourrait croire : c'est l'histoire de la dépossession et de la lutte pour la repossession, du jeu des pouvoirs entre femmes et hommes, femmes et médecin, femmes et famille. C'est aussi l'histoire de la solitude face à la régulation des naissances et à la contraception, de la confrontation à la technique, celle de la liaison entre le corps et l'identité, celle d'un temps, des temps successifs, éclatés, superposés qui constituent la vie des femmes. » (Bretin, 1992 : 9)

« On ne peut pas parler de planification familiale à une femme qui a faim. On ne peut pas en parler non plus à une femme dont l'enfant est mourant. » Dr. Bisi Ogunleye (dans Sala-Diakanda, 2000)

La planification familiale touche aux grands enjeux concernant l'espèce humaine et la vie en société (Connelly, 2008). Alors qu'on ne cesse d'entendre parler depuis les dernières décennies de la croissance démographique exponentielle de la population planétaire — et surtout des pays pauvres — et que les féministes clament le droit des femmes au libre choix et au contrôle de leur reproduction, qu'en est-il des différentes réalités des femmes et des hommes à travers le monde qui chaque jour doivent faire des choix qui leur semblent justes pour le bien-être de leur famille, confrontés à des réalités économiques, politiques, culturelles et sociales aussi variées les unes que les autres ? Il importe selon nous que l'anthropologie se penche davantage sur ces débats démographiques qui ont surtout été l'apanage des économistes, des démographes ou des féministes. Le corps des femmes et la reproduction, domaine le plus intime de la vie des individus, n'a jamais été aussi public et social que lorsqu'on s'arrête pour se pencher sur les enjeux politiques, culturels ou idéologiques qui façonnent et créent les corps reproductifs et la famille à travers des techniques tout aussi variées que les pratiques d'attention envers la femme enceinte et les tabous d'abstinence, la promotion des contraceptifs, les standards définissant la taille de la famille idéale et les besoins des enfants ou encore l'inculcation de normes par rapport à une sexualité saine, anormale ou incontrôlée (Greenhalgh 2005 ; Kanaaneh 2000). La planification familiale et la contraception s'avèrent selon nous des objets d'étude privilégiés en anthropologie médicale, et en anthropologie en général, puisqu'ils touchent

autant aux questions de globalisation, de médicalisation et de contrôle des populations et des vies reproductives qu'aux réflexions portant sur les conceptions culturelles du corps féminin, de la santé, de la maternité et de la famille ainsi que sur la dynamique des relations de genre. L'étude de l'utilisation des contraceptifs permet aussi d'aborder les processus de réinterprétation et de réutilisation de ces technologies à travers différentes stratégies collectives et individuelles (Lock et Kaufert, 1998 ; Ginsburg et Rapp, 1995). La planification familiale se trouve au carrefour des sciences démographiques, historiques, politiques, médicales et des études féministes et nous aurons l'occasion d'emprunter à ces différentes disciplines tout en conservant une approche anthropologique du sujet.

La présente recherche porte sur les politiques de planification familiale et l'offre de contraceptifs hormonaux (pilule, injection Dépo-Provera et implant sous-cutané Norplant) en milieu rural burkinabè dans la province de la Kossi, située en milieu sahélien à la frontière du Mali, ainsi que sur l'utilisation de ces contraceptifs par les populations de cette région. Tout d'abord, il est intéressant de chercher à comprendre les raisons qui justifient l'offre de ces contraceptifs en milieu rural africain à travers l'histoire des politiques et des programmes de population en Afrique et au Burkina Faso et de cerner le contexte global dans lequel ils sont offerts ainsi que les discours médical, politique ou idéologique qui s'y rattachent. Une approche politique de la santé (Fassin, 2000) permet ainsi de voir quels discours sont générés par le pouvoir médical et quelles conceptions du corps reproductif et des individus sont véhiculées dans un contexte de contrôle des populations qui tend à homogénéiser à travers le monde une certaine forme de citoyen qui puisse être malléable et responsable (Ali, 2002 ; Foucault, 1976), mais il importe aussi de voir ce qui est ou non contesté de ces discours par les populations. Il est donc primordial de comprendre davantage les réappropriations et les réinterprétations qui sont faites des contraceptifs par les populations soumises à ces programmes en lien d'abord avec leur conception de la vie reproductive et du corps, mais aussi de la famille, de son rôle et du rôle des enfants dans un contexte de contraintes économiques de plus en plus lourdes pour ces paysans soumis aux ajustements structureaux et à des conditions agricoles difficiles. Les décisions par rapport à l'utilisation des contraceptifs et à la gestion de la fécondité devront donc être replacées et comprises à la fois comme influencées par un pouvoir médical omniprésent, mais aussi face aux contraintes de la vie quotidienne et, peut-être, dans une perspective de gain de pouvoir pour les femmes. En effet, il sera intéressant de comprendre les stratégies utilisées par les

femmes pour influencer certaines décisions et convaincre leur mari des bienfaits de la planification familiale, avec des arguments parfois différents des intérêts réels qu'elles savent y gagner. La négociation de la fécondité au sein du couple, dans la maisonnée et dans la communauté est donc un phénomène d'autant plus pertinent à analyser qu'il met en évidence non seulement les relations de pouvoir entre l'homme et la femme — et l'*agentivité*¹ de ces dernières qui parfois même agissent à l'insu de leur mari ou de leur communauté — mais aussi les transformations dans les conceptions du couple, de la femme, de la famille et de ses besoins, à la fois du point de vue des hommes et de celui des femmes.

Une ébauche d'analyse des transformations sociales qui ont lieu dans ce contexte particulier pourra donc avoir lieu. D'une certaine façon, l'utilisation des contraceptifs nous permettra d'observer la vie sociale en action et les processus de résistance, de négociation et de récupération, mais aussi les contraintes et les limites à ces processus (Balandier, 1982 ; Comaroff, 1991). La rencontre clinique pour la planification familiale apparaît comme un excellent lieu d'interaction entre le personnel médical qui véhicule les valeurs de la « modernité »² et certains jugements sur la gestion du corps, de la santé et des enfants et les individus qui consultent pour la contraception. Ces derniers sont soumis à plusieurs pressions issues de la communauté, de leur conjoint, de leurs proches ou de la vie quotidienne et ne partagent pas toujours les mêmes valeurs que les infirmiers et n'utilisent pas les contraceptifs pour les mêmes fins, mais désirent parfois, surtout pour les plus jeunes, adopter certains aspects de ce nouveau style de vie qui leur est proposé. Les femmes utilisent ainsi le discours médical et le prétexte de la santé pour convaincre leur mari d'utiliser la planification familiale (PF), tout en étant conscientes des avantages autres que médicaux que cela leur procure. Quant aux hommes, ils peuvent aussi réutiliser le discours médical et y mettre des limites et des contraintes, notamment en choisissant eux-mêmes la méthode ou en limitant sa durée d'utilisation. Selon la façon dont le discours médical est réutilisé et par qui, un espace de négociation se constitue donc entre l'homme et la femme par rapport à la fécondité et les décisions prises en matière de PF se font en lien avec une certaine conception du corps reproductif et de la famille, l'utilisation des contraceptifs hormonaux s'imbriquant dans ces conceptions tout en les transformant.

¹ Le terme « agentivité » sera utilisé dans ce mémoire comme traduction française du terme « agency », tel qu'utilisé par Giddens, 1979.

² Cette idée sera développée dans le chapitre 3.3.

Ces phénomènes seront compris dans un contexte particulier, en milieu africain sahélien et en milieu rural. Les représentations culturelles du corps, de la vie et de la femme, mais aussi les contraintes économiques de la vie paysanne et de l'agriculture vivrière encore pratiquée à la houe et sans grands moyens techniques ainsi que le contexte médical parfois oppressif et les discours véhiculés sur la mortalité maternelle et infantile sont d'autant d'éléments à considérer. En effet, malgré le fait que les familles nombreuses soient toujours valorisées et nécessaires à la survie économique de la famille en milieu rural, les contraintes économiques dues à la détérioration des conditions de vie depuis les années 70-80 et la stigmatisation de la mortalité infantile et maternelle par un pouvoir médical de plus en plus présent (Morsy, 1995 ; Richey, 2004) poussent plusieurs familles à décider d'avoir moins d'enfants, par manque de moyens et pour éviter la mortalité infantile et la malnutrition, mais aussi parce que les standards socio-économiques définissant la famille changent. Les corps reproductifs doivent donc clairement être pensés comme investis de pouvoirs économiques qui régulent non seulement les récoltes, les famines et la mortalité (Meillassoux, 1991), mais aussi les décisions par rapport aux futures naissances, dans un contexte où la disponibilité des contraceptifs apparaît comme une solution au problème de la pauvreté. La question, comme Bledsoe (2002) l'a souligné, n'est donc pas pourquoi ces populations n'utilisent pas davantage les contraceptifs et n'adhèrent pas davantage aux programmes de PF — problématique centrale pour les démographes — mais pourquoi ne veulent-ils pas plus d'enfants dans un contexte où la natalité est valorisée?

Un terrain de quatre mois dans la province de la Kossi, région de grande diversité ethnique, culturelle et religieuse, a permis de se pencher sur le sujet. Le **premier chapitre** permettra d'abord de présenter l'approche théorique et les concepts importants grâce à une revue de littérature axée sur deux approches de la problématique, soit les théories du « biopouvoir » et du contrôle reproductif des populations et celles de l'« agentivité » et des transformations sociales. Nous comprendrons aussi davantage le contexte historique et politique des programmes de planification familiale à travers le monde et le rôle des différents acteurs internationaux et nationaux, tout cela dans un contexte colonial et néocolonial et en lien avec les transformations du capitalisme. Le contexte plus particulier de notre enquête, soit la situation géographique, ethnographique, historique et démographique des populations de la Kossi ainsi que la méthodologie de recherche feront l'objet du **deuxième chapitre**. Les différentes organisations sociales et les rapports au

monde variés entre les communautés bwaba, dafi, peul et mossi de cette région ainsi que l'influence de la religion seront tenus en ligne de compte dans l'analyse des données. Le **troisième chapitre** permettra enfin de présenter l'évolution des programmes de planification familiale au Burkina Faso plus précisément, les acteurs et organisations impliqués dans le domaine, la structure du réseau de santé, les impacts de la décentralisation et le réseau de distribution et de financement des contraceptifs. Ce chapitre mettra aussi en scène la rencontre clinique et les deux pouvoirs qui s'y affrontent et interagissent lors des décisions des individus en matière de planification familiale, soit le pouvoir médical, qui sera compris en lien avec les campagnes de sensibilisation et les messages véhiculés, et les pressions de la communauté, qui seront comprises en lien avec les conceptions de la femme et de la famille, le mode de vie agricole, les opinions issues de la communauté et l'influence des différentes religions.

Les trois chapitres suivants constituent une analyse des données issues des entrevues semi-dirigées et de notre observation participante lors du terrain et permettront de comprendre le contexte local de l'utilisation des contraceptifs. Les conceptions du temps, du corps reproductif et de la vie reproductive seront abordées dans le **quatrième chapitre** et nous verrons comment les contraceptifs se substituent aux tabous d'abstinence et aux anciennes méthodes d'espacement ou sont utilisées en fin de vie reproductive pour laisser la femme se reposer, sans toutefois être conçus comme des moyens de limiter la fécondité. Les difficultés à suivre les méthodes naturelles enseignées par les religieux ou à utiliser la pilule ainsi que les craintes par rapport aux effets secondaires des contraceptifs seront aussi compris grâce à une certaine conception du temps et de la vie reproductive. L'importance et la signification des enfants en milieu rural seront traitées dans le **cinquième chapitre**, mais la détérioration des conditions de vie nous mènera à comprendre pourquoi certains pensent maintenant à limiter les naissances dans un contexte de contraintes où le libre choix ne semble pas être possible. Ce chapitre permettra aussi de cerner certains changements dans les conceptions de la famille et des enfants, surtout chez les plus jeunes, et les avantages des contraceptifs, tant du point de vue des hommes que de celui des femmes, seront abordés. Le rôle de la femme dans le couple et dans la famille, le contrôle du mari et les questions de féminité et de séduction nous mèneront enfin au dernier chapitre. Ce **sixième chapitre** mettra en scène les négociations entre l'homme et la femme au sujet de la fécondité. Les façons de transmettre l'information et de prendre les décisions par rapport à

l'utilisation des contraceptifs, les avantages ressentis au niveau du couple, notamment par rapport à la disponibilité sexuelle de la femme, mais aussi les craintes des hommes et de la communauté de perdre le contrôle des femmes et les stratégies de négociation des femmes seront abordés, mais aussi les limites à ces stratégies. L'échec des négociations nous mènera finalement à considérer un phénomène social intéressant : le fait de prendre des contraceptifs à l'insu du mari, et nous comprendrons les raisons et la dynamique de ce comportement ainsi que ses conséquences positives ou négatives.

1 - PERSPECTIVES ANTHROPOLOGIQUES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Ce premier chapitre suivra le même parcours que notre recherche au sens où nous partirons du global pour se diriger vers le local. En effet, les anthropologues ont abordé le sujet de la sexualité et de la planification familiale soit d'un point de vue macroscopique, c'est-à-dire qu'ils se sont penchés sur l'aspect historique et politique de la régulation des naissances et des corps reproductifs, avec des perspectives souvent critiques et/ou féministes et examinant les relations de pouvoir entre les organismes nationaux et internationaux et les populations locales, soit d'un point de vue microscopique, c'est-à-dire qu'ils se sont penchés sur les pratiques locales, les représentations et l'utilisation des contraceptifs dans différents contextes socio-culturels, essayant de comprendre comment sont réappropriées les nouvelles technologies contraceptives ainsi que les rapports de pouvoir qui s'exercent au niveau local. Ces deux approches théoriques de notre sujet, bien que différentes, nous semblent complémentaires pour une compréhension complète du phénomène et elles seront utilisées toute les deux lors de nos analyses. Le chapitre 1.1 se penchera donc sur ce qu'on pourrait appeler les théories du « biopouvoir » alors que le chapitre 1.2 se penchera sur les théories de l'« agentivité ».

1.1- Politiques contraceptives et biopouvoir

Foucault avait déjà décrit avec lucidité l'apparition en Occident d'une société régulatrice, normalisatrice, où la vie plus que le droit devenait l'enjeu des luttes et des techniques politiques, où le vivant intégrait le domaine de la valeur et de l'utilité, une société où l'administration des corps et la gestion calculatrice de la vie avaient donné lieu à l'émergence de toutes ces disciplines (épidémiologie, démographie, santé publique) permettant d'assujettir les corps et de contrôler les populations (Foucault, 1976). La notion de population, que Foucault contraste à celle de territoire et conçue non pas comme une collection de sujets de droits ou un ensemble de bras destinés au travail, mais comme un ensemble d'éléments se rattachant au régime des êtres vivants, d'un côté, et pouvant donner prise à des interventions concertées, de l'autre, devint centrale pour comprendre l'articulation du corps biologique au corps social (leçons de 1978). Nombre d'auteurs ont ainsi par la suite mis en évidence le lien existant entre la gestion et la responsabilisation du corps, notamment du corps féminin et du corps sexuel ou reproductif, et le contrôle social

des populations, de la nation, poussant à s'interroger sur la confusion qui existe entre le pouvoir de guérir et celui de diriger.

Les questions de pouvoir en anthropologie médicale ont souvent été éludées au profit d'analyses culturelles ou cognitivistes. Rivers (1924) et les anthropologues médicaux qui lui succédèrent traitèrent davantage des questions de représentations alors qu'Evans-Pritchard (1937) et ses successeurs optèrent pour une approche plutôt cognitive. De nouveaux courants en anthropologie se sont développés durant les dernières années face à ces modèles dominants, que ce soit l'anthropologie de la maladie de Augé (1986) et de Fainzang (2002) ou l'anthropologie de la santé de Fassin, l'anthropologie de l'expérience et de la souffrance sociale (Kleinman, 1997) ou encore l'anthropologie médicale critique développée par Singer (1995). Comme ces auteurs, nous approuvons l'idée de réintroduire l'anthropologie médicale dans le domaine de l'anthropologie en général et de cesser de vouloir en faire un domaine à part puisque c'est uniquement de cette façon que la politique pourra être réintroduite dans l'espace de la santé, en suivant le modèle de Fassin (1996). Celui-ci rappelle que « non seulement le pouvoir est constitutif de toute théorie anthropologique de la maladie, mais plus encore la construction de l'espace de la santé prend son sens par rapport à la manière dont s'y inscrit le politique. » (1996 : 16) L'espace politique de la santé de Fassin est composé de trois axes : l'anthropologie du corps et l'incorporation des inégalités, l'anthropologie de la médecine et le pouvoir de guérir et l'anthropologie de la santé publique et le gouvernement de la vie (1996, 2000). C'est ce dernier axe que nous explorerons dans les prochains chapitres puisqu'il nous permettra d'intégrer les politiques de planification familiale dans le contexte plus large des problèmes démographiques et du contrôle reproductif des populations en lien avec la médicalisation de la reproduction.

1.1.1- Pouvoir sur le corps, pouvoir sur l'espèce: les deux facettes du biopouvoir

Les concepts de **biopouvoir** et de **gouvernementalité** développés par Foucault, encore d'actualité pour comprendre l'espace politique de la santé et la gestion des corps reproductifs, ont été repris par plusieurs auteurs en anthropologie et dans les études féministes. Ce chapitre nous permettra donc de renouer avec les idées de Foucault et de passer en revue certains auteurs qui se sont inspirés de ses théories et dont les analyses s'avèrent pertinentes pour notre sujet d'étude. En effet, parce que les deux facettes du

biopouvoir foucauldien mettent en jeu autant le corps individuel que le corps social, le pouvoir sur le vivant comme le pouvoir sur la vie, les études ayant trait à la sexualité et à la reproduction ne peuvent que s'y référer. C'est dans *La volonté de savoir* (1976) que Foucault articule pour la première fois ces deux composantes essentielles de ce qui allait devenir sa fameuse théorie de la biopolitique ou du biopouvoir : l'**anatomo-politique** du corps humain et la **biopolitique** de la population³. Après avoir étudié la discipline des corps, il développe le concept de gouvernementalité qui complète l'idée de biopouvoir, et a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique et pour instrument technique, les dispositifs de sécurité (leçon de 1978). Cette société de sécurité (décrite dans *Il faut défendre la société*, 1997) serait basée sur le libéralisme et le calcul du risque permettant d'assurer la sécurité de l'ensemble par rapport à ses dangers internes et d'intervenir notamment dans les processus de natalité, de mortalité et de morbidité. Le concept de **risque social** justifie donc une surveillance continue et l'utilisation de technologies pour manipuler et réformer l'homme moderne (Gordon dans Foucault et al, 1991). Le fait que la **population**, et non le territoire, soit placée au centre des préoccupations du savoir étatique permet, dans une nouvelle perspective où la population apparaît comme « naturellement » dépendante de facteurs multiples qui peuvent être artificiellement modifiables (Foucault, 1989), d'instaurer des politiques populationnelles de gestion de la santé et de la reproduction, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

S'inspirant de la deuxième facette du biopouvoir de Foucault — la biopolitique de la population et le pouvoir sur l'espèce — et des écrits d'Hannah Arendt, Agemben (1995, 2002) constate que la production politique du corps biologique n'est pas caractéristique des sociétés modernes, comme le défend Foucault. Ce qui les caractérise, c'est que la **vie nue**, la vie biologique, tuable et insacriable de l'homme n'est plus exclue de l'organisation politique en tant qu'état d'exception décidé par le souverain alors que la vie politique et sociale de l'être humain demeure incluse dans la constitution politique des sociétés. La vie nue devient au contraire le nouveau corps biopolitique de l'humanité, elle devient le sujet et l'objet de l'ordre politique, comme si l'état d'exception devenait la règle du fonctionnement de la société : l'homme devenant un sujet biopolitique en tant qu'être vivant, mais

³ L'anatomo-politique du corps humain réfère au pouvoir sur le vivant, au dressage du corps humain et à son intégration à des systèmes de contrôle alors que la bio-politique réfère au pouvoir sur la vie, à la prise en charge des processus biologiques de l'espèce. (Foucault, 1976 : 183)

uniquement pour cela, puisque la politique ne reconnaît aucune autre valeur que la vie, ce qui fait dire à Agemben : « nous ne sommes pas seulement des animaux dans la politique desquels est en jeu leur vie d'êtres vivants, selon l'expression de Foucault, mais aussi inversement, des citoyens dans le corps naturel desquels est en jeu leur être politique même. » (1995 : 202) Cette idée sera reprise avec le concept de « citoyen biologique » et nous y reviendrons.

Toujours en se penchant sur la biopolitique des populations, de nombreux auteurs ont lié les concepts de population, de nation et de risque et ont montré comment les corps féminins ont été utilisés comme lieux d'engagements politiques où se reflètent les préoccupations de la nation. Alors que David Horn (1994) analyse la façon dont la population italienne et les corps reproductifs sont devenus des objets de la nouvelle science, des technologies et des politiques gouvernementales fascistes après la Première Guerre Mondiale en Italie et les efforts du gouvernement de l'époque pour augmenter la taille de sa population et gouverner sa reproduction, Grenhalgh (2005) montre comment le savoir scientifique occidental et les technologies de contraception et de stérilisation ont été réappropriées par le gouvernement chinois post maoïste et utilisées abusivement au détriment du bien-être des femmes afin d'arriver à ralentir la croissance démographique du pays, vue comme « anormale » selon les statistiques : une campagne contraceptive restrictive devenant le seul moyen selon le gouvernement de sortir le pays du cercle de pauvreté. Cette idée de « **population hors de contrôle** », les idéologies et les jugements par rapport à ce que devrait être une croissance démographique normale, une population saine ou une nation développée et les préjugés face à certains groupes ethniques considérés comme dangereux de par leur croissance excessive sont également des sujets qui ont été abordés par les anthropologues ou les historiens. Jeffery et Jeffery (2002) ont ainsi montré comment ce discours de peur est utilisé à des fins politiques et idéologiques et mobilisé par l'ordre hindou pour essentialiser des arguments contre les musulmans qui sont considérés comme croissants démographiquement et politiquement, phénomène imputé à torts à la polygamie, et Kanaaneh (2000) a mis en évidence le même discours en Israël tenue par les Israéliens envers la minorité palestinienne musulmane. Elle montre ainsi comment les relations humaines sont façonnées à travers la réappropriation d'un discours péjoratif produit par la majorité israélienne concernant la fertilité incontrôlée de la minorité arabe et

l'utilisation récente par les Palestiniens des contraceptifs pour se distinguer de ces stéréotypes et obtenir un nouveau statut et une nouvelle identité.

Selon Hacking (1990), penser en fonction du risque est fondamental dans la modernité.⁴ Notre vie est organisée autour de ce concept ; les risques individuels sont rapportés en risque pour le corps social et les politiques tout comme les programmes de prévention se basent sur cette idée — ce qui permet aussi d'instaurer dans les pays plus pauvres des programmes de santé dans une perspective que Farmer (2003) qualifie de néocolonialiste. Des standards scientifiques biomédicaux définissent ce qui est ou non à risque et servent de base pour définir des normes en matière de santé, agissant en quelque sorte en tant qu'instruments de la gouvernementalité, alors que les gouvernements s'appuient sur une culture biomédicale se voulant universelle pour véhiculer des idéologies qui soutiennent leurs programmes de contrôle reproductif au niveau national ou international. Plusieurs auteurs ont ainsi mis en évidence les présupposés culturels de la biomédecine (Gordon, 1988) ou ont montrés comment certaines questions ne peuvent tout simplement pas être posées par le type de recherche qui caractérise la culture épistémologique biomédicale, soit la médecine basée sur des données probantes et les essais cliniques randomisés (Williams et Garner, 2002). Lock et Nichter mettent aussi en garde les anthropologues en écrivant : « it is important to critically examine global public health agendas and how health and development agencies influence national health policies everywhere in the name of health care reform, "rationalizing" choices through the use of "evidence"- based criteria, homogenizing practice in the name of efficiency, and so on. » (dans Leslie, Nichter et Lock, 2002: 10) Dozon et Fassin (2001) dans leur critique de la santé publique montrent également comment celle-ci est un phénomène culturel et comment elle a construit son rapport aux autres cultures. Ils en viennent à constater que le discours de la santé publique rationaliserait *a posteriori* des modifications des pratiques et des relations sociales engagés dans des transformations plus globales de la société et relayerait en quelque sorte les processus d'autocontrôle des pulsions et des affects antérieurement amorcés.

Cette constatation nous mène à se pencher sur la première facette du biopouvoir de Foucault : l'anatomo-politique du corps humain, centrée sur le « dressage du corps ». Alors que Canguilhem (1966), élève de Bachelard et qui fut ensuite l'inspiration de Foucault,

⁴ Voir aussi *La Société du risque* (Beck, 1986).

constatait la malléabilité des être humains et soutenait que c'est la vie elle-même et non le jugement médical qui fait du biologiquement normal un concept de valeur et non une réalité statistique fixe, Foucault (1972) perçoit avec la science moderne une rupture entre la maladie comme forme naturelle éprouvée par le sujet et la maladie comme objet de savoir absolu de la science permettant de surveiller et de normaliser. La médecine devient ainsi la discipline du normal et du pathologique et la dichotomie sain/malade appliquée à l'espace corporel fragmenté en parties saines ou malades est également appliquée au corps social morcelé en individus sains, pathologiques, ou encore à risque (1972). Suivant cette voix, Rabinow (1996) montre comment la rationalité moderne oblige les objets (corps, population, société) à être réformés et comment le pouvoir de connaître devient un agent de transformation de la vie humaine. S'intéressant au séquençage du génome humain, il développe le concept, plutôt futuriste, de **biosocialité** — la nature modelée par la culture, — qui mènerait à la constitution de groupes sociaux organisés sur la base de nouvelles identités génétiques et pratiques corporelles. Rabinow met aussi en évidence deux transformations au niveau de la gestion des risques dans les sociétés modernes : la mutation des technologies sociales pour minimiser l'intervention thérapeutique directe en se concentrant sur la prévention et l'administration des populations à risque et la promotion du travail sur soi pour produire des sujets efficaces et adaptables.

Les auteurs féministes ont également beaucoup écrit sur l'anatomo-politique du corps humain et elles ont montré comment le corps féminin n'a cessé d'être régulé et médicalisé par les experts médicaux pour augmenter son efficacité et son adaptabilité. Barbara Ehrenreich et Deirdre English (1982) ont ainsi décrit le déclin en Occident du statut de la femme guérisseuse, des sorcières et des sages-femmes et l'apparition de la femme patient-passive dans un long processus d'infiltration des experts masculins dans toutes les sphères de la vie et du corps féminin. Morsy (1995) rappelle aussi que l'occupation anglaise en l'Égypte a établi une division sexuelle dans le domaine de la santé en privilégiant les hommes médecins ce qui compromet l'autorité des femmes égyptiennes, qui occupaient auparavant la fonction de gynécologue, sur leur propre reproduction. Quant à Emily Martin (2001), elle met en parallèle le contrôle du corps féminin avec l'émergence du capitalisme et constate que les menstruations, les syndromes prémenstruels et la ménopause sont considérés comme des failles dans la production, des pertes d'énergie inutiles, tout cela menant à voir le corps de la femme comme une machine

dysfonctionnelle ; la pilule et la contraception hormonale étant présentés comme des moyens de réguler le corps féminin en diminuant les menstruations et les douleurs abdominales et en stabilisant les fluctuations émotives. Les féministes, en mettant en évidence les relations de pouvoir entre l'industrie pharmaceutique et les femmes, les praticiens et les femmes, les hommes et les femmes, ont ainsi montré comment les femmes se sont souvent trouvées être des objets de la science, et des objets malléables dont il serait possible de contrôler le corps pour satisfaire aux exigences de la société. (Jacobus et *al.*, 1990). Utilisant le concept de biopouvoir de Foucault pour expliquer la médicalisation et la normalisation croissante des corps féminins, plusieurs auteurs observent comment les femmes sont socialisées à prendre leur responsabilité face à leur corps en matière de contraception et à réguler ce corps (Ali, 2002) par un processus que Lippman (1999, 2004) qualifie de néomédicalisation et où la commercialisation de la santé et l'industrie pharmaceutique laissent croire aux femmes, dans une perspective individualiste, à une possibilité de libre choix — « marketing multiple choices » — mais dans un contexte de « gestion des risques » où chaque aspect de la vie féminine est vu comme pathologique et médicalisé, ce qui permet notamment d'exploiter un marché très riche.

Dérivant des idées de Foucault, le concept de **citoyen biologique** a aussi été développé par certains auteurs en anthropologie. Petryna (2006), qui analyse comment la croissance du marché pharmaceutique et la nécessité de tester de plus en plus de médicaments a mené à une augmentation et une globalisation de la demande de sujets humains pour la recherche, notamment dans les pays plus pauvres, se réfère au cas de l'Ukraine après Chernobyl pour montrer comment un accès sélectif à une forme de compensation sociale basée sur des critères scientifiques et légaux, qui reconnaissent les dommages et compensent pour ceux-ci, a permis un sens d'identification en tant que communauté ayant droit à certaines demandes éthiques concernant la protection de leur vie. Dans une approche qui part de l'industrie pharmaceutique et donc basée sur la biopolitique des populations, le concept de citoyen biologique de Petryna lie l'idée de citoyen avec le droit à un accès aux soins de santé et montre comment, dans le cas de l'Ukraine, des assauts sur la santé, notamment concernant les tests cliniques de médicaments qui ont eu lieu après l'incident, devinrent le prix à payer pour avoir accès aux ressources biomédicales. Rose et Novas (2005), qui observent en Occident la formation de groupes de soutien qui s'engagent politiquement pour faire avancer la recherche concernant la maladie dont ils sont victimes,

utilisent également le concept de citoyen biologique, pour comprendre comment ces communautés façonnent des identités en lien avec une condition biologique et un savoir médical. Le concept de **citoyen thérapeutique** de Nguyen (2005) va dans le même sens puisqu'il part de la population burkinabé pour voir comment ceux-ci s'adaptent et font preuve de *self-fashioning* pour entrer dans les critères requis pour avoir accès aux antirétroviraux. Dans tous les cas, le corps sert à des revendications : des droits à la santé sont clamés sous le prétexte du citoyen biologique. Paradoxalement, plus les groupes d'activistes occidentaux encouragent la recherche concernant leur maladie en clamant le droit d'avoir leur corps normalisé suivant la logique de responsabilisation par rapport à leur corps, plus les recherches cliniques ayant besoin d'un accès à des populations pour tester les nouveaux médicaments auront lieu dans les pays plus pauvres où les individus, qui réclament aussi leur droit à la santé, devront être triés, sélectionnés, sur la base de certains critères biologiques définis par l'industrie pharmaceutique, ce qui permet de lier les idées de Petryna avec celles de Rose and Novas dans un contexte global.

On pourrait donc préciser la définition du citoyen biologique développée par les auteurs précédents pour dire que celui-ci possède des **droits** à la santé, des droits concernant son corps et sa survie en tant qu'être vivant, mais aussi des **devoirs** à assumer envers son corps vu comme malléable, ce qui rejoint les idées des auteurs vus précédemment et aussi les deux facettes du biopouvoir de Foucault. Cela nous permet d'avancer l'idée que le citoyen aurait laissé place graduellement au citoyen biologique, dans un contexte où l'intégrité physique passe avant l'intégrité politique ou sociale. L'homme serait conçu de plus en plus comme un être vivant, une vie nue, avant d'être un être politique ou social. Cette idée est cohérente avec les idées d'Agamben et l'analyse foucauldienne d'un pouvoir médical toujours plus soucieux d'intensifier la vie ; le droit à la santé devenant une affaire d'État dont la prétention de mieux servir les sujets passe avant tout par la prise en charge des problèmes de santé. Cette idée rejoint également le concept de **bio-légitimité** développé par Fassin qui constate que le monde actuel, parce qu'il reconnaît davantage le corps physique, est toujours plus prompt à agir pour les individus et à répondre aux problèmes s'ils concernent la santé et le corps physique. (2000 ; 2000a) Le concept de citoyen biologique, défini en lien avec les questions de droit à la vie biologique et de devoir face au corps, permet donc de mieux comprendre les enjeux actuels par rapport aux deux facettes du

biopouvoir de Foucault : l'anatomo-politique du corps humain et la biopolitique de l'espèce humaine.

Meilleur exemple d'un pouvoir qui se joue à la fois sur le vivant — sur le corps des femmes — et sur l'espèce — sur les populations et les groupes sociaux — la planification familiale se trouve à l'interstice de ces deux facettes, Foucault écrit d'ailleurs lui-même en 1976 que « *la sexualité est exactement au carrefour du corps et de la population* » (224), d'où toute la pertinence selon nous de réitérer un travail à ce sujet avec comme objet d'étude la planification familiale.

1.1.2- Les politiques de planification familiale dans leur contexte historique et ethnographique

L'histoire des politiques de population est complexe, mais elle nous semble essentielle pour faire le lien entre les questions de *gouvernementalité* et de biopouvoir traitées précédemment et la situation concrète de la planification familiale (PF) en Afrique et dans les pays à faibles revenus en général.

C'est vers les années 60 que la plupart des agences internationales et des gouvernements occidentaux commencent à se pencher sur la question de la population et de la croissance démographique exponentielle des pays en développement. Le gouvernement américain de l'époque faisait déjà de la pression depuis quelques années auprès des pays occidentaux et des Nations Unies afin de débloquer des fonds et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) fut créé par les États-Unis et quelques autres pays subventionnaires en 1969. (Crane et Finkle, 1989) Le FNUAP est aujourd'hui connu comme un des plus gros donateurs internationaux pour l'aide à la population et il envoie des fonds à plus de 140 pays, il a été aussi très impliqué dans les politiques familiales en Chine. Il a perdu aujourd'hui sa dépendance financière envers les États-Unis qui ironiquement ont retiré toutes leurs contributions en 1985, une montée de la droite au pouvoir américain et des mouvements anti-avortement ainsi que des idéologies néolibéralistes pouvant expliquer ce virage. (Crane et Finkle, 1989) La Banque Mondiale, qui a toujours occupé un rôle prééminent au sein des organisations internationales, a également commencé à étendre son rôle dans le domaine de la population vers les années 70. Dans les années 50 et 60, la Banque Mondiale, comme toutes les autres agences, avait déjà mis en évidence l'impact de la croissance démographique sur le développement économique, mais

ce n'est qu'en 1968, avec l'arrivée du président McNamara, qui s'intéressait déjà aux questions de populations lorsqu'il était secrétaire de la défense aux États-Unis, qu'elle commença à s'y investir (Crane et Finkle, 1981). McNamara réussit à convaincre les gouvernements que « the population growth is the greatest single obstacle to economic and social development, and that it creates stresses in the body politic which in the end can bring on conflicts among nations » (dans Crane et Finkle, 1981 : 519) Selon lui, l'augmentation de la population paralysait la croissance économique et affectait l'efficacité de la Banque en empêchant un emploi optimum des faibles ressources disponibles pour le développement mondial en plus d'être une menace pour la sécurité des États-Unis. (*Idem*) On comprend ainsi beaucoup mieux les enjeux du problème de la population et les raisons pour lesquelles des organisations comme la Banque Mondiale ont pu s'y intéresser. Quant à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), même si elle ne fournit pas beaucoup de fonds, elle demeure un outil essentiel pour l'ONU et le FNUAP à cause de son expertise dans le domaine de la santé et de sa renommée internationale. Mais l'OMS a longtemps été réticente aux programmes de planification familiale, notamment parce qu'elle considérait que ces questions relevaient de l'économie et non de la santé et préférait proposer l'offre de services intégrés, mais à partir des années 70, elle dû se lancer sérieusement dans le domaine de la population par peur de perdre son autorité et sa légitimité puisque le FNUAP et la Banque Mondiale avaient déjà entrepris des programmes de populations dans plusieurs pays dont l'Indonésie (Finkle et Crane, 1976). Dans les années 70 et 80, l'OMS augmenta donc graduellement ses dépenses pour la PF. Finalement, International Planned Parenthood Federation (IPPF), qui regroupe des sous-filiales dans 183 pays du monde, l'ABBEF étant celle du Burkina Faso, a également joué un rôle important sur le terrain dans la distribution des méthodes contraceptives. L'IPPF a été fondée en 1952, à une époque où on se penchait sur les questions de populations à travers le monde, à partir du Planned Parenthood Federation of America (PPFA), organisation de planification familiale d'abord créée en 1921 par la féministe américaine Margaret Sanger et qui était devenue l'organisation la plus importante aux États-Unis à partir des années 30-40. L'IPPF est toutefois confronté depuis les années 80 et 90, avec les présidents Reagan et Bush et le virage américain dû à la montée de la droite et aux mouvements anti-avortement, à de nouvelles oppositions à la PF et à des restrictions par rapport aux fonds envoyés pour l'aide internationale à la population.

Trois grandes conférences sur la population regroupant plusieurs pays du « Tiers-Monde » ont également eût lieu afin de faire adopter ces décisions sur la population par les différents pays. La première conférence globale concernant le développement et les politiques de population eût lieu à Bucharest en 1974. Les États-Unis et d'autres gouvernements européens et asiatiques voyaient en cette conférence le moyen de concrétiser des actions importantes et un *Draft World Population Plan of Action* avait été préparé par le secrétariat des Nations Unies, mais une résistance très forte des pays présents à la conférence se fit sentir contre le Plan d'Action, 300 amendements furent votés et des débats sans fin auxquels les organisateurs ne s'attendaient pas du tout eurent lieu (Crane et Finkle, 1975). Depuis les années 60, un fossé de plus en plus grand se creusait entre les nations riches et pauvres et les pays du « Tiers-Monde » commençaient à être de plus en plus frustrés de la lenteur du développement. Pour ceux-ci, la question de la population était inséparable de celle des problèmes économiques et politiques et ils se révoltèrent contre le nouvel ordre économique et se positionnèrent contre l'idée du contrôle reproductif de leur population en soulignant qu'il fallait d'abord améliorer le développement social et économique de leur pays et rééquilibrer l'ordre économique mondial avant que des politiques sur la population équitables et efficaces puissent avoir lieu. (*Idem*) Selon Sala-Diakanda (2000), le monde aurait gagné si au moins quelques demandes du Tiers monde avaient été reçues, mais leur point de vue ne fut pas écouté et Bucharest consacrait l'échec des négociations entre le Nord et le Sud. Après la conférence de Bucharest, un sondage montrait que 62% des pays africains estimaient leur fécondité normale ou trop basse contre 38% seulement trop élevée, mais dix ans plus tard, à la veille de la conférence de Mexico, les positions étaient modifiées sensiblement (51% pour 49%), le Burkina Faso entre autre considérant dorénavant la nécessité d'une intervention au niveau de la fécondité de sa population. Ces changements peuvent être expliqués selon Sala-Diakanda (2000) par le développement d'une expertise démographique nationale, l'action incessante de la communauté internationale et des ONGs, la stagnation voir le déclin persistant de la situation économique du continent et sa marginalisation progressive de la communauté internationale ainsi que la progression de l'afro-pessimisme alimenté par l'incapacité des gouvernements africains à renverser la tendance et l'échec des indépendances politiques.

À la conférence de 1984 à Mexico, l'ambiance fut donc complètement différente. Les pays en voie de développement ne parlèrent plus d'actions racistes, impérialistes ou

génocidaires sur leur population. (Crane et Finkel, 1985) Tous s'étaient rendus compte que les problèmes de croissance de la population et de mortalité maternelle et infantile devaient être considérés, avec ou sans transformations majeures du monde économique. Même si le fossé entre pays riches et pauvres ne cessait d'augmenter, l'optimisme des leaders du « Tiers-Monde » d'obtenir des gains plus globaux s'était érodé. Le plan fut donc adopté avec peu d'amendements : la santé maternelle et infantile et la planification familiale (SMI / PF) furent mis à tous les agendas et le discours dominant jusqu'en 1994 fut axé sur le contrôle des populations par la réduction de la fertilité (*Idem*). En 1984, les gouvernements africains s'étaient réunis à Arusha, Tanzanie, pour la deuxième conférence africaine sur la population et un consensus avait été adopté, le Programme d'action de Kilimandjaro (PAK), sur la nécessité d'adopter et de mettre en œuvre des politiques et des programmes démographiques et ce fut donc la position commune africaine présentée la même année à Mexico, mais cet accord restait muet sur les buts quantitatifs que devaient s'efforcer d'atteindre les différents pays (Sala-Diakanda, 2000).

Durant les dix années qui suivent, alors que l'économie africaine connaît une situation économique extrêmement difficile : le cours des principaux produits d'exportation chute, le volume de la dette augmente et les conditions sociales se détériorent, situation empirée par les ajustements structurels, la population de la région croît à un rythme d'environ 3% par an, le taux le plus rapide au monde (*Idem*). La position des gouvernements africains par rapport aux politiques de réduction des naissances se consolide donc, ce qui transparaît dans la dissémination et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes qui ne subissent plus de restrictions de la part de la majorité des pays. En 1994, à la troisième conférence sur le développement et la population (CIDP) tenue au Caire, les termes de SMI et PF sont remplacés par celui de santé reproductive (SR), terme permettant de proposer une approche plus globale et intégrée qui considère l'amélioration de la santé reproductive des populations à tous les niveaux et non seulement une réduction de fertilité — les positions des pays du Tiers Monde à Bucharest semblent donc finalement avoir été écoutées :

« La Conférence du Caire a expressément reçu un mandat plus large sur les questions touchant au développement que les conférences précédentes sur la population, ce qui traduit une prise de conscience croissante du fait que la population, la pauvreté, les modes de production et de consommation et d'autres menaces pesant sur l'environnement sont des questions si étroitement imbriquées qu'aucune d'entre elles

ne peut être examinée isolément » (Nations unies, 1994 dans Sala-Diakanda, 2000 : 27)

En 1992, à Dakar, les gouvernements africains s'étaient réunis lors de la 3e conférence africaine sur la population et avaient adopté la déclaration de Dakar/N'gor, réitérant la nécessité d'intégrer les politiques et les programmes de population dans des stratégies de développement et fixant des objectifs nationaux quantifiés pour réduire la croissance démographique à 2,5% en 2000 et à 2% d'ici 2010 et doubler le taux d'utilisation de contraceptifs pour le faire passer de 10% environ à 20% pour 2000 et 40% d'ici l'an 2010 (Sala-Diakanda, 2000). Les gouvernements africains se sont par contre positionnés contre l'avortement, sujet qui a suscité beaucoup de débats lors de la CIDP.

Selon Sala-Diakanda, la CIDP s'est distinguée des autres conférences pour plusieurs raisons : la fin de la guerre froide, l'élection d'un gouvernement américain libéral et la participation des ONGs ont été autant de facteurs qui ont permis que les politiques orthodoxes de population soient dévaluées et l'objectif de la réduction de la croissance a été remplacé par un modèle basé sur l'individu qui prône la santé et les droits et privilégie le choix individuel par l'approche « offre de service ». Ce gain obtenu pour des services intégrés, bien qu'important, reste néanmoins à confirmer dans la pratique et nous verrons comment son application est encore loin d'être chose faite dans les exemples ethnographiques qui suivront.

Meillassoux (1991) dans *Les Spectres de Malthus* situe ces politiques populationnelles dans un contexte colonial et néocolonial plus large et dans le cadre des théories néo-malthusiennes. Il remet en question la possibilité d'une croissance démographique absolue tel que le définit Malthus, puisqu'il ne peut y avoir plus de population que ce qu'il y a de ressources (sinon comment aurait pu émerger cette population ?) et il constate donc que la surpopulation est un fantasme démographique utilisé à des fins politiques et idéologiques. Par contre, il soutient la possibilité d'une surpopulation relative et il explique ainsi comment dans les années d'après-guerre, de 1950 à 1970, une politique de développement a entraîné une demande de main-d'œuvre bon marché dans les villes du « Tiers-Monde ». Comme l'économie vivrière locale ne pouvait nourrir cette population plus grande demandée — en effet, la démographie est régulée naturellement dans ce type de société paysanne où la productivité n'est jamais très élevée — l'importation de surplus alimentaires bon marché, subventionnés et parfois même

gratuits, a été une solution pour assurer le coût de cette main d'œuvre. Cet accès stable à un approvisionnement alimentaire a donc contribué à l'exode vers la ville et à une croissance démographique notable. L'excellente étude de Hunt (1989) sur les colonies minières du Congo met aussi en évidence l'intervention coloniale sur la vie sexuelle et reproductive des congolaises, notamment avec l'introduction de programmes nutritionnels, du lait en poudre et l'incitation à cesser l'allaitement et les tabous d'abstinence afin d'augmenter la croissance démographique de la main d'œuvre. Mais cette situation s'est retournée dans les années 70 — ce qui coïncide exactement avec l'élaboration des premières politiques de population — et la demande en main d'œuvre a diminué dû à des transformations du système capitaliste : des seuils de productivité avaient été atteints dans l'économie mondiale, les industries demandaient moins d'ouvriers, mais plus qualifiés, et pouvaient maintenant distribuer et déplacer géographiquement leur investissements en fonction des conditions locales les plus avantageuses, la Chine et l'URSS ouvrent des zones à cet effet (Meillassoux, 1991).

« La demande en force de travail a donc diminué dramatiquement au cours de la dernière décennie dans les pays sous-développés situés dans l'orbite capitaliste. Cette population qui a cru dans les décennies précédentes sous l'effet de la politique d'importation alimentaire et d'emploi décrite ci-dessus, est aujourd'hui dans la situation d'une surpopulation relative. Le problème pour l'économie capitaliste qui l'a créé, est de la faire disparaître pour ne pas l'avoir à charge. Idéologiquement elle est présentée comme une surpopulation absolue. » (1991 : 31).

Une politique inverse est donc appliquée aujourd'hui face à ces populations surnuméraires à travers les politiques de réajustement structureux du FMI qui consistent à élever le coût de l'alimentation et à supprimer les services publics, une politique de la faim qui fait dire à Meillassoux que Malthus aura finalement été entendu...

Nous terminerons ce chapitre avec une série d'exemples ethnographiques faisant état des situation locales par rapport aux politiques populationnelles et des dérives de ces politiques, nous aurons également l'occasion de se demander si le changement de perspective proposé à la CIDP est appliqué concrètement et dans quelle mesure le contrôle reproductif n'est plus au centre des préoccupations. La plus grande critique des politiques de population provient sans doute de Hartmann (1995) qui passe en revue les conséquences sur la santé et sur les droits humains des politiques populationnelles américaines qui ont dénaturé l'offre contraceptive et les programmes de planification familiale dans les pays pauvres en réduisant le choix des femmes plutôt qu'en l'élargissant et elle passe en revue

les politiques familiales en Chine, les abus au niveau de la stérilisation en Asie du Sud et en Amérique latine, le rejet des condoms dans la lutte contre le SIDA et les attaques sur le droit à l'avortement à travers le monde. Richey (2004) montre comment en Tanzanie les ajustements structureaux et les crises économiques, le retrait de l'état tanzanien dans le domaine de la santé et l'augmentation des intérêts des donateurs face à la population ont été des obstacles à l'application concrète des politiques de santé reproductive du Caire puisque ces conditions ont créé un système de santé mieux équipé pour offrir des contraceptifs que pour offrir des soins de santé de base. Les problèmes de santé reproductive, de plus en plus nombreux, ainsi que les problèmes de mortalité maternelle et infantile, comme tous les autres problèmes de développement, sont résolus en termes de planification familiale et non en amélioration des services de santé, la responsabilité étant mise sur les femmes et leur piètre état de santé servant de justification pour la promotion de la contraception :

The reproductive health benefits of spacing one's children and more limited reproduction are well known, but it is often overlooked that the threat of poor reproductive health is used by service providers to persuade women to use contraception. Thus, we see irony in the policy implementation in the clinics: poor reproductive health is used to restrict women's reproductive choice. Poor reproductive health outcomes are blamed on the women who experience them, not on the social context or the health system that makes such outcomes likely. (Richey, 2004: 924)

Le graphique qu'elle présente (Figure 1, Annexe) du transfert au cours des dernières années des fonds de l'Aide publique au développement du domaine de la santé vers celui de la population en dit long sur l'application réelle du concept de SR. Morsy (1995), en Égypte, se penche sur l'attention nouvelle portée sur la mortalité maternelle et le financement par l'USAID et la Banque mondiale du large projet « Safe motherhood Initiative » dans le « Tiers-Monde » et constate que « the selective focus on maternal mortality appears to be a medicalized form of fertility regulation. Thus, population control is endowed with an image of respectability and safety that does not generate rumors or embarrass politicians. » (1995 : 163) Alors que la mortalité maternelle est médicalisée, que la haute fécondité est considérée comme une maladie en soi et que les principaux messages de promotion de la santé véhiculent l'idée que la réduction du nombre d'enfants par l'utilisation des contraceptifs est une solution au problème, les relations de pouvoir qui génèrent la pauvreté et la malnutrition, problèmes qui contribuent grandement à la mortalité maternelle, ne sont pas considérées. De plus, les femmes sont blâmées et considérées comme incompetentes par le

personnel médical, ce qui justifie la médicalisation de leur reproduction par des méthodes contraceptives souvent plus puissantes et sur lesquelles elles ont moins d'emprise comme le Dépo-Provera ou le Norplant (Morsy, 1993). Morsy remarque d'ailleurs que l'importation de ces méthodes en Égypte coïncide avec les débuts d'une collaboration scientifique pour la recherche avec les États-Unis. Nichter (1989) rappelle lui aussi que les contraceptifs sont des ressources et non des réponses aux problèmes de santé internationale et il soutient que des programmes qui éduquent sur la fécondité et donnent aux femmes une meilleure connaissance de leur cycle reproducteur tout en valorisant les représentations locales et notamment l'utilisation des méthodes naturelles et traditionnelles constitueraient de vrais exemples de planification familiale et non seulement des programmes de réduction de la fécondité.

D'autres auteurs ont aussi traité des dérives des programmes de PF et de santé publique. C'est ainsi que Castro (2004) met en évidence les abus par rapport à la stérilisation dans les hôpitaux pauvres du Mexique : il montre comment les césariennes, très fréquentes dans les hôpitaux publics plus pauvres, permettent en fait d'effectuer plus facilement des stérilisations ou l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU) juste après l'accouchement dans le cadre du « Program on Contraception after Obstetric Event », qui va d'ailleurs à l'encontre des avis médicaux. Cette corrélation entre les deux opérations en dit long sur les pressions que les femmes subissent dans les hôpitaux publics pour se faire stériliser, ce qui arrive d'ailleurs trois fois plus souvent que dans les hôpitaux privés. Ces activités de stérilisation rendent les femmes pauvres et autochtones réticentes à l'utilisation des services de santé, par peur de devoir subir une stérilisation, ce qui augmente par ailleurs les morts maternelles lors des accouchements. Castro conclut que les quotas de diminution des naissances passent encore avant le bien-être des femmes dans certaines populations : si une femme Chiapas désire la stérilisation, l'hôpital arrangera le transport, mais ne le fera pas si cette même femme a une complication obstétrique et ne désire pas de stérilisation. Necochea (à venir) montre lui aussi comment dans les quartiers pauvres du Pérou les services de planification familiale offerts par les missions catholiques sont souvent les seuls moyens pour les femmes d'avoir accès aux soins de santé de base, l'utilisation de la pilule permettant aux femmes d'avoir des examens de santé. Dans un même ordre d'idée, Lopez (1998) a montré comment la stérilisation et la médicalisation de la reproduction sont devenus partie du répertoire culturel des Portoricaines à cause d'un contexte colonial

particulier. Dans le cadre de la lutte contre la surpopulation et le sous-développement, les programmes de stérilisation entamés de 1934 à 1937 à Porto Rico sont devenus un des plus grands mouvements eugéniques des États-Unis. Par la suite, l'accès difficile aux contraceptifs et l'interdiction de l'avortement ont prédisposées les femmes portoricaines à l'utilisation de la stérilisation et encore aujourd'hui, Lopez rapporte que les Latinas aux États-Unis se font sept fois plus stériliser que les euro-américaines et deux fois plus que les afro-américaines. Lopez raconte aussi comment les populations portoricaines, ironiquement, ont été pris comme sujets pour tester la plupart des contraceptifs dans les années 50.

Plusieurs études ont également été faites sur les tests cliniques des contraceptifs, le rôle de l'industrie pharmaceutique et les contraintes dans les choix reproductifs que certaines catégories de femme, selon leur classe ou leur ethnie, subissent. L'industrie pharmaceutique a en effet un rôle à jouer de plus en plus important dans la commercialisation des contraceptifs : le problème est que, premièrement, certains contraceptifs sont plus rentables que d'autres et deuxièmement, des tests cliniques doivent être effectués par tester leur efficacité et les pays pauvres deviennent peu à peu une nouvelle source de sujets pour la recherche. Tone (1997) a d'ailleurs mis en évidence aux États-Unis les intérêts pharmaceutiques qui ont guidé la diffusion et la production des contraceptifs. Ogbuago (1983) constatait que dans les années 80, alors que les controverses sur le Dépo-Provera étaient nombreuses, celui-ci avait été banni et retiré du marché à plusieurs reprises aux États-Unis par le Food and Drug Administration en 1962, 1974, 1978 et 1980, l'IPPF, l'OMS et l'USAID distribuaient ce contraceptifs dans plus de 60 pays du « Tiers-Monde », dont le Nigeria, avec un laisser-faire des gouvernements de ces pays. Ogbuago souligne qu'il est moralement injustifiable qu'un médicament banni dans son pays de manufacture trouve un marché profitable dans les pays pauvres et remarque que les femmes soumises à ce contraceptif n'étaient pas en position de faire un choix éclairé sur leur corps et sur leur reproduction puisqu'elles n'ont pas eu les informations et le bagage nécessaire pour ce choix, ce qui la mène à conclure que ce sont le plus souvent les hommes, les médecins, les compagnies pharmaceutiques, l'État ou les donateurs internationaux qui décident pour les femmes. Bretin (1992) a aussi montré comment le Dépo-Provera est offert par les médecins en France de manière préférentielle aux immigrantes, aux femmes très pauvres ou affectées mentalement et aux femmes tziganes, des populations vues

comme « irresponsables » et les injectables permettant de contrôler leur reproduction. Des préjugés face à certains groupes ethniques ou défavorisés économiquement ressortent donc des politiques contraceptives et des inégalités locales et internationales face au droit d'enfanter et face au choix contraceptif permettent de réaliser le fardeau sociopolitique que peut porter une simple pilule, une injection ou pire encore une stérilisation. Bretin rappelle aussi que les femmes des pays plus pauvres sont souvent vues comme irresponsables et on leur offre la plupart du temps les contraceptifs qui demandent le moins d'action ou de responsabilité, mais qui sont aussi les plus puissants, ceux ayant le plus d'effets secondaires et sur lesquels elles auront le moins d'emprise (injections hormonales, stérilisation, implants). Des techniques persuasives sont également employées envers les femmes et Ali (2002), qui travaille sur les politiques contraceptives en Égypte, montre comment, au-delà du contrôle reproductif et des intérêts économique, les politiques de PF contribuent à construire une certaine forme de subjectivité qui se fonde sur les notions de régulation de soi, de gestion du corps, de responsabilisation et de choix individuels et qui puisse être contrôlée socialement par les institutions présentes dans la démocratie moderne. La rationalité moderne et les technologies scientifiques contribuent ainsi à homogénéiser dans le monde un concept de subjectivité qui puisse s'auto-discipliner et être malléable. Bien que le concept de SR du Caire ait été adopté, Ali constate que les pressions pour diminuer la fécondité continuent envers les femmes grâce à de nouvelles techniques qui leur vantent les valeurs liées à la modernité et qui les rendent sensibles aux risques individuels et sociaux, faisant d'elles des citoyens modernes qui porte allégeance à l'État et non plus aux communautés locales:

« The encounters constantly emphasize the individual risks related to multiple childbirth and the social risks of having too many children. Such assertions make many women feel responsible for the social and economic problems facing the entire nation. In the name of individual choice, women are guided into accepting contraception as part of becoming responsible individuals who may suffer « minor » health problems for the larger social good. » (2002 : 378)

Ces constatations de Kamran Asdar Ali nous permettent d'ailleurs de faire le lien avec les questions de gouvernementalité, de nation, de risque social et d'anatomo-politique du corps par la responsabilisation et la régulation de la reproduction abordées précédemment.

1.2- Technologies contraceptives et changement social

Cette deuxième partie nous permettra maintenant de nous pencher sur les représentations et l'utilisation des contraceptifs dans différents contextes socioculturels et d'approfondir une seconde approche théorique de notre objet d'étude. Nous aurons l'occasion d'introduire les notions d'agentivité, de résistance et de réappropriation ; les femmes n'étant pas que des sujets passifs des politiques de planification familiale qui ne feraient que subir des atteintes à leurs droits et à leur santé. Il importait par contre de souligner ces inégalités et les enjeux politiques qui guident les programmes de PF, comme nous l'avons fait dans la première partie, puisque l'accent qui est mis sur la culture dans les travaux anthropologiques a été une force, mais aussi souvent une faiblesse et une limitation. De nouvelles approches existent maintenant en anthropologie et dans *Conceiving the New World Order*, Ginsburg et Rapp écrivent : « while our work calls attention to the impact of global processes on everyday reproductive experiences, it does not assume that the power to define reproduction is unidirectional. People everywhere actively use their local logics and social relations to incorporate, revise, or resist the influence of seemingly distant political and economic forces. » (1995 : 1) Ces auteurs suggèrent de se pencher sur les relations sociales qui entourent les contraceptifs, la manière dont ils sont réappropriés localement et la façon dont ils ouvrent des possibilités pour de nouvelles pratiques culturelles dont les effets ne sont pas prédictibles. Lock et Kaufert (1998), dans *Pragmatic Women and Body Politics*, proposent aussi une approche plus subtile où les femmes ne font pas que résister aux nouvelles technologies, mais y accèdent pour des raisons pragmatiques et avec ambivalence. L'étude de Lopez (1998) sur la stérilisation chez les Portoricaines est un bon exemple : la stérilisation est une source de résistance face au patriarcat et d'*empowerment* pour les femmes, mais aussi en même temps une expression de leur oppression par un État motivé par des considérations économiques et politiques, « women resist to the degree that they can and also acquiesce to the multiples forces constraining their option » (1998 : 249). À ce niveau, l'agentivité et les contraintes extérieures se croisent. Dans *Contraception Across Culture* (2000), les auteurs montrent comment le développement des nouvelles technologies contraceptives a eu des implications profondes sur les relations sociales entre l'homme et la femme, mais à l'inverse, le genre et les autres relations de pouvoir au niveau local et global ont aussi des implications sur la façon dont les technologies contraceptives sont développées, répandues et utilisées. Enfin, l'étude de

Bledsoe (2002), que nous verrons en détail dans les prochains chapitres, a mis en évidence l'agentivité des femmes par rapport à leur fécondité et cela même dans les sociétés à haute fécondité et elle a montré comment les contraceptifs sont utilisés dans ces sociétés pour des raisons bien différentes que celles pour lesquelles ils ont d'abord été conçus.

Nous passerons donc en revue quelques auteurs en anthropologie qui ont traité du changement social, de l'agentivité et des technologies modernes, puis nous aborderons les théories de la fécondité et de la transition démographique et critiquerons certains aspects des approches démographiques et culturalistes sur lesquelles se basent les programmes actuels de PF. Finalement, des exemples ethnographiques nous permettront de comprendre davantage l'interaction entre les technologies contraceptives et les populations locales.

1.2.1- Théories du changement social

Les anciens débats en anthropologie entre l'histoire, la pratique et la structure ont mené à de multiples théories pour comprendre le changement social et l'incorporation de nouvelles technologies : certains auteurs ont parlé de diffusion, d'autres d'acculturation, d'autres encore ont eu une approche basée sur un matérialisme selon lequel l'évolution des techniques ferait évoluer les structures sociales, d'autres encore laissaient peu de place au changement et donnaient prédominance à la structure, les changements ne seraient qu'en apparence, mais la structure globale, dans sa totalité, resterait la même, enfin les penseurs postmodernes ont parlé de réincorporation, de *flows*, d'hybridation, de créolisation. Tous ces débats ont mis en évidence le fait que la réalité est complexe et que dans le processus de transformation interviennent plusieurs éléments de sorte qu'il devient impossible de parler de réalité totale ou globale. Ainsi, Sahlin (1976) essaie de rallier les dichotomies exprimées par le fonctionnalisme et le matérialisme historique, de rallier l'histoire à la structure, le matériel au symbolique, la pratique à la structure, dans une approche structuraliste s'inspirant de celle de Lévi-Strauss (1958), mais il se trouve confronté à des variations non expliquées par la structure, à des résidus qui lui font revenir vers la fin de son essai sur ses positions concernant le fait que la structure puisse être totale.

Contre ces théories structuralistes, les auteurs postmodernes ont amené comme critique l'idée que la connaissance était construite, qu'on ne pouvait saisir le monde comme des totalités pleines et totales, que les signes étaient arbitraires et le pouvoir diffus et, enfin, ils ont souligné le caractère personnel, individuel et arbitraire de la connaissance. Poussant

plus loin ces idées dans leur analyse de la globalisation et du changement socioculturel, des auteurs comme Appadurai (1986, 1996) et Hannerz (1997) ont proposé que la culture soit vue comme un flux spatial et temporel, les éléments culturels et les technologies pouvant se promener d'un endroit à un autre et être réincorporés, se créoliser, s'hybrider, dans un genre de néo-diffusionnisme. Van der Geest et al (1996), qui s'appuient sur les théories d'Appadurai dans *Social Life of Things*, proposent une approche biographique ou technographique des produits pharmaceutiques considérés comme des phénomènes sociaux et culturels. Ils suivent leur cycle de vie de la production au marketing, à la prescription, l'achat, la distribution, la consommation et, finalement, l'efficacité. Leur approche des produits pharmaceutiques comme biens de consommation permettant de tisser des relations sociales de négociation, bien qu'intéressante, tend cependant vers un néo-libéralisme peu conscient des contraintes extérieures. Les critiques pouvant être adressées aux auteurs postmodernes sont nombreuses. En effet, la culture ne semble pas être aussi fluide en réalité que ce qu'ils décrivent et la direction des flux, les pouvoirs globaux qui agissent sur ceux-ci et les contingences historiques globales sont loin d'être suffisamment tenus en ligne de compte. De plus, comme le soutient Friedman (2004), l'idée de flux problématise la question de la culture plus qu'elle ne la règle :

L'hybridité est opposée à la pureté, qui est projetée dans le passé, attribuée à un monde qui était encore une authentique mosaïque, où la culture ne «s'écoulait» pas. (...) Cela rend l'anthropologie bien plus aisée car il suffit de se concentrer sur des choses en mouvement, plutôt que sur les contextes sociaux dans lesquels elles sont constituées et se meuvent. On peut alors dire que les objets ont des vies sociales, tandis qu'en réalité, ce sont les vies sociales qui ont des objets. (2004 : 27)

De plus, il semblerait que les exemples de ces auteurs soient tirés d'une certaine classe de la société et ne représentent pas le vécu quotidien de tout un chacun. Friedman suppose d'ailleurs que, bien qu'il y ait une tendance dans la moitié supérieure de la société mondiale à une *cosmopolitisation* hybride, il y aurait plutôt une tendance à l'*ethnisation* fragmentaire dans la moitié inférieure de l'ordre social. Ainsi, selon lui, le succès des théories postmodernes pourrait dériver de leur résonance au sein des élites globalisées. (Voir aussi Harvey, *The condition of postmodernity*, 1989.)

Plusieurs auteurs se sont aussi penchés, comme Friedman, sur les processus de globalisation et de localisation et sur le lien entre le global et le local. Comme le dit Featherston : « one of the problems entailed in mapping the contemporary global condition

is the range of different national cultural responses which continue in various ways to deform and reform, blend, syncretise, and transform the alleged master processes of modernity.» (1996 : 58) En anthropologie médicale, le processus de globalisation au niveau de la santé et des médicaments et les pratiques et les variations locales ont été amplement abordés. Dans *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices* (2006), par exemple, Das et Das explorent comment les réformes étatiques et le marché interagissent pour produire des « écologies locales de soins » dans les villes pauvres de la banlieue de Delhi qui façonnent les expériences de la maladie et la recherche de stratégies thérapeutiques et Lakoff se penche sur le lien entre l'industrie pharmaceutique et les médecins argentins dans une perspective nouvelle qui consiste à ne pas voir la science et les médecins comme contaminés par l'industrie pharmaceutique, mais comme faisant partie d'une structure de savoirs réciproques qui lient les différents acteurs au niveau local. Muller-Rockstroh (2006), qui travaille sur la machine à ultrasons insérée par une agence de développement allemande dans les centres de santé en Tanzanie et au Ghana, observe comment cette technologie voyage à deux sens : elle se transforme et se crée selon les réappropriations locales, mais elle transforme aussi les représentations et les actions locales.

De nouvelles définitions de la culture et une approche dynamique et historique du changement social en anthropologie ont également permis de comprendre comment de nouveaux éléments peuvent être intégrés et réinterprétés selon un contexte local et une dynamique sociale et historique particulière. L'approche de Balandier (1982), un des premiers anthropologues à s'être intéressé aux changements sociaux contemporains en Afrique et à proposer un cadre théorique à ce sujet, appelle à une anthropologie sociale et comparative de type dynamique qui réhabilite l'histoire à l'encontre des présupposés fonctionnalistes et structuralistes. En comparant deux sociétés africaines, il met en évidence la diversité des réactions au changement et, dans ce cas, à une situation historique particulière, soit la situation coloniale. Selon lui, toute société doit être analysée sur deux niveaux : l'apparence de la réalité sociale et la réalité elle-même, ce décalage permettant de comprendre comment les ajustements sociaux sont possibles et de mettre en évidence la contestation et la négociation des structures sociales par les acteurs sociaux. Les Comaroff, dont l'apport dans les théories dynamiques du changement social est central, écrivent ainsi : «while signs, social relations and material practices are constantly open to transformation,

and while meaning may indeed *become* unfixed, resisted, and reconstructed, history everywhere is actively made in a dialectic of order and disorder, consensus and contest.» (1991: 18) Ils conçoivent le passage de l'idéologie à l'hégémonie et le processus de conscience comme des continuums où, la plupart du temps, l'hégémonie n'est pas totale et la conscience partielle, cet espace entre les extrémités laisserait place à la résistance, à la création, au domaine critique, au changement et à la formation de nouvelles idéologies. Par exemple, ils montrent que la colonisation est rarement une simple dialectique entre résistance et domination : la discontinuité entre le monde constitué hégémoniquement et le monde appréhendé pratiquement et représenté idéologiquement par les opprimés offrirait un lieu pour les luttes idéologiques et rendrait les hégémonies instables, même si la conscience commune n'est pas totalement articulée et organisée dans ces luttes.

Quant à Giddens (1979), il incorpore aussi dans sa théorie structurale du social la temporalité, l'action humaine (*agency*) et le pouvoir et tente de résoudre ainsi la fameuse dichotomie entre action et structure en montrant leur dépendance mutuelle. Selon lui, tous les acteurs sociaux ont un degré de pénétration dans les formes sociales et leur intégration n'est pas nécessairement synonyme de cohésion ou de consensus. Le pouvoir ferait partie des interactions à la fois dans le processus institutionnel d'interaction et aussi comme stratégie individuelle pour obtenir certains résultats. De plus, il constate que l'agentivité humaine ne peut être conçue « as a sequence of discrete acts of choice and planning, but rather as the reflexive monitoring and rationalization of a continuous flow of conduct », les institutions sociales et culturelles ont une existence virtuelle plutôt que réelle et prennent forme dans l'activité humaine. Concernant les questions d'agentivité dans les comportements en matière de fécondité, Carter (1995) constate que le problème de l'agentivité s'est toujours présenté sous deux formes : un concept passif où les individus adhèrent aux conventions ou aux règles et un concept actif où les gens choisissent délibérément leur niveau de fécondité selon une certaine forme de rationalité abstraite. Ainsi, on considère souvent, dans la théorie de la transition démographique, « that the demographic transition is accomplished in part by a shift from natural fertility to controlled fertility (...) that human populations fall into two groups, those that practice deliberate control of fertility and those that do not. » (1995 : 59) La culture est donc vue comme une contrainte extérieure aux choix rationnels et individuels et son effet diminuerait avec la modernisation. Selon ce point de vue, le fait d'utiliser des contraceptifs est donc une preuve

d'agentivité active alors que le fait de vouloir une famille nombreuse est vue comme un type de décision passive. Pourtant, plusieurs auteurs (dont Bledsoe, 2002) ont montré que dans les sociétés à haute fécondité, les femmes faisaient aussi preuve d'agentivité et intervenaient dans leur reproduction pour maintenir ou augmenter cette fécondité. À partir de ces études, Carter (1995) remet en question non seulement la distinction entre la fécondité contrôlée et naturelle, mais aussi la séparation entre la culture et l'agentivité qui ne peut mener selon lui qu'à une impasse théorique.

Kertzer (1997) se penche également sur la place de la culture dans les explications des comportements démographiques et il constate que la plupart du temps, dans les modèles démographiques, la culture est vue soit comme une liste de variables que l'on peut diviser et mettre dans une équation du côté des variables indépendantes, soit comme un processus déterminant, une entité homogène et fixe qui détermine et dirige les comportements. Les rares anthropologues qui se sont penchés sur les théories démographiques rejettent l'utilisation actuelle du concept de culture en démographie, qui s'inspire de conceptions dépassées de la culture, et proposent des modèles plus subtils qui réintègrent la notion d'agentivité et explorent « the degree of autonomy individuals have in manipulating culturally produced norms and beliefs for their own ends » (dans Kertzer, 1997 : 144). Ainsi, Bledsoe propose, plutôt que de se pencher sur les règles, de comprendre la manière dont les individus choisissent parmi plusieurs règles possibles afin de justifier leur comportement et persuader les autres d'agir pareillement, Kreager rejette l'idée de code absolu de conduite et parle plutôt de processus sans fin de négociation, Hammel contraste la culture « pour les gens » et la culture « par les gens » et, finalement, Greenhalgh voit plutôt les valeurs culturelles comme des constructions d'individus agissant dans l'histoire et propose « a culture and political economy perspective » (dans Kertzer, 1997). Bourdieu (1980) considérait d'ailleurs aussi la culture comme une assemblage de pratiques individuelles et collectives historiquement construites et montrait comment l'habitus pouvait engendrer une infinité de produits mais ayant pour limite les conditions historiquement et socialement situées de sa production. Kertzer utilise le cas de l'institutionnalisation de l'abandon des enfants en Europe pour appuyer le point de vue de Greenhalgh : « culture is viewed not as a list of traits, but rather as a continuously changing process, one intimately interwoven with the changing institutional structure and field of political power » (1997 : 152) et, comme Bourdieu, il rappelle que les choix en matière de

fécondité sont limités culturellement et contraints par des contingences historiques et politiques qui façonnent les comportements.

1.2.2- Critique des approches démographiques et culturalistes

Nous ferons ici une parenthèse pour critiquer l'approche dominante qui a guidé les études et les programmes sur la planification familiale depuis la deuxième guerre mondiale jusqu'à aujourd'hui, soit l'approche démographique basée sur la théorie de la transition démographique, une théorie ethnocentrique et évolutionniste qui place tous les pays sur un grand schéma évolutif partant des sociétés traditionnelles avec un haut taux de fécondité aux sociétés transitionnelles puis aux sociétés modernes avec un bas taux de fécondité, et nous remettons également en doute l'utilisation actuelle qui est faite de la culture dans ces études. Les idées évolutives issues de la théorie de la transition sont encore très présentes dans les recherches démographiques actuelles. A titre d'exemple, les démographes qui travaillent au Burkina Faso soutiennent que le pays est en retard dans la transition démographique par rapport aux autres pays, que les pourcentages de prévalence contraceptive n'ont pas encore atteints le niveau requis pour contribuer à la résolution des questions de population dans les pays africains (Capo-Chichi, 2007 ; Congo, 2007) et ils suivent le « calendrier de la fécondité » pour voir arriver la transition de la démographie et le moment où l'Afrique sortira enfin de la culture de la forte fécondité (Locoh, 1996).

Greenhalgh (1995, 1996) essaie de comprendre pourquoi la théorie de la transition démographique, fortement imprégnée de la théorie de la modernisation, est demeurée jusqu'à aujourd'hui la théorie dominante malgré les nombreuses critiques qui lui ont été adressées, et elle replace cette théorie ainsi que la discipline démographique dans un contexte historique particulier où cette discipline s'est vu incorporée dans des programmes politiques étatiques particuliers qui lui ont permis d'exister en tant que discipline, mais qui lui ont en quelque sorte enlever sa capacité d'autocritique théorique. En effet, d'abord liée dans les années 30 aux théories malthusiennes et à des mouvements politiques controversés, la discipline démographique devra construire son cadre théorique pour rencontrer les standards imposés par les bailleurs de fonds qui la financent largement des années 60 à 80 dans le contexte de la Guerre froide où les États-Unis désirent créer un nouvel ordre mondial et ont compris l'importance de se mêler et de manipuler les affaires du monde face à la menace du communisme. Comme nous l'avons vu dans les chapitres

précédents, la promotion des programmes de PF était devenue la seule solution aux problèmes de « Tiers-Monde » et ceux-ci furent conçus dans une perspective de développement. La baisse de la fécondité fut liée au style de vie occidental moderne qu'il devint essentiel d'exporter dans les autres pays et alors que les premières études de la transition démographique suggéraient que la fécondité allait diminuer seulement en réponse à un développement économique, un changement d'optique, influencé par la montée au pouvoir des communistes, fit soudain croire aux démographes que la baisse de la fécondité en soi allait augmenter le développement économique, ce qui justifiait l'implantation de programmes de PF dans les pauvres. À ce moment, les fonds coulent à flot, surtout de l'USAID, tous les démographes embrassent les agendas de PF à travers le monde et la démographie perd son intérêt pour les théories sociales pour se concentrer sur des études quantitatives qui prédisent et suivent la transition démographique dans les différents pays.

« The dominance of the family planning agenda tended to remove whole classes of analytic issues and fertility determinants from the research agenda. Narrowly focused on the practical aspects of supply factors (those related to family planning programs), such research tended to neglect the whole range of demand factors (those reflecting people's preferences). » (Demeny, 1988, dans Greenhalgh, 1996 : 44)⁵

Greenhalgh explique ensuite comment dans les années 80 et 90, le soutien des États-Unis pour la population chute et les démographes commencent à se pencher sur le concept de culture et les méthodes qualitatives, mais sans adopter les concepts théoriques de l'anthropologie et des autres sciences sociales et elle montre comment la théorie démographique de la diffusion au début des années 90 tire encore son inspiration de la théorie de la modernisation, faute d'avoir pu acquérir un autre bagage théorique dans le passé. Les conditions spécifiques historiques, politiques et économiques qui permettent le transfert des contraceptifs vers les pays plus pauvres ne sont toujours pas abordées. Szreter (2004), quant à lui, souligne aussi comment la démographie a été associée exclusivement à une orientation quantitative des problèmes sociaux qui a mené les démographes à considérer les questions de population à travers des catégories sociales fixes et isolées de la dynamique des contextes locaux et des relations sociales. Szreter propose d'examiner la façon dont les catégories sont historiquement et politiquement formées et utilisées et il

⁵ Pour une étude exhaustive des changements dans les politiques de population des années d'après-guerre à aujourd'hui et en lien avec les théories démographiques et le contexte de la guerre froide, voir le récent ouvrage de Demeny (2006) : *The Political Economy of Global Population Change, 1950-2050*.

rappelle la complexité d'analyser de manière scientifique la diversité des contextes sociaux et des processus humains qui mènent à des changements au niveau de la population.

Des nuances doivent aussi être apportées concernant les modèles démographiques actuels. En effet, on stipule encore souvent que le ralentissement de la croissance démographique est le seul moyen d'améliorer le développement des pays plus pauvres et certaines variables sont systématiquement liées, comme l'éducation, l'amélioration des conditions de vie et la baisse de la fécondité. Même s'il est vrai que l'on peut parfois dresser certains modèles de l'autonomie féminine en lien avec certains facteurs et un usage accru des contraceptifs (Oheneba-Sakyi, 1999) et que plusieurs études ont montré que l'éducation était liée positivement à l'usage contraceptif et au fait d'avoir moins d'enfants (Uchudi, 2001), certaines variables ne sont pas toujours aussi systématiquement liées et la transition de la démographie ne peut être une théorie universelle. Ainsi, Bradley (1995) remet en question le lien entre le déclin de la fécondité, l'*empowerment* des femmes par l'usage des contraceptifs, l'éducation et la baisse de la violence domestique. Elle montre notamment comment le climat de compétition au Kenya et la nouvelle entrée des femmes dans le monde du travail grâce à l'éducation alors que les opportunités d'emploi sont limitées a mené à un accroissement de violence envers les femmes au cours des dernières années. C'est ce même climat de compétition qui a mené les femmes à utiliser les contraceptifs et à réduire leur fécondité dans un contexte de difficultés économiques où les parents se trouvent sans emploi et les enfants deviennent de plus en plus une charge. De plus, elle rappelle que les facteurs d'*empowerment* sont souvent liés aux femmes qui utilisent des contraceptifs, mais ces femmes sont aussi plus âgées, elles ont déjà eu leurs enfants et elles sont donc plus promptes à avoir une certaine forme de pouvoir dans la société. Bledsoe (2002) remet elle aussi en question le lien exact, en milieu rural gambien, entre l'éducation et le déclin de la fécondité. Quant à Richey (2004), nous avons déjà vu qu'elle remettait en question le lien entre l'amélioration des conditions de vie et des services de santé et la diminution de la fécondité. En effet, dans le cas de la Tanzanie, l'accès aux contraceptifs financés par les partenaires internationaux a augmenté contribuant à réduire la fécondité, mais les conditions de vie se sont détériorées, et nous verrons avec nos propres données que cette détérioration des conditions de vie explique même en partie l'utilisation accrue des contraceptifs.

La fameuse approche CAP (enquêtes basées sur les « Connaissances, Attitudes et Pratiques ») ou KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) doit également être remise en question. Tout d'abord, nous avons remarqué que ce genre d'enquête ne tient pas compte du fait que les répondants connaissent les attentes de l'interlocuteur et choisissent leur réponses en fonction (biais de désirabilité sociale), ce qui mène souvent à surestimer la demande contraceptive et à en conclure une forte prévalence de demandes non satisfaites et donc à un manque d'informations et d'offres de services ou encore à chercher les obstacles culturels et religieux qui empêchent l'utilisation malgré le désir ou le besoin. Étrangement, on retrouve ce discours dans les études d'il y a maintenant 20 ans⁶ et pourtant le taux de fécondité en milieu rural n'a pas changé depuis, malgré l'accessibilité des contraceptifs et les campagnes de sensibilisations omniprésentes axées sur les préjugés dits culturels ou religieux. Ainsi, alors que la plupart des démographes actuels au Burkina Faso constatent que l'accessibilité des contraceptifs est bonne et que les gens sont suffisamment informés, ils continuent à conclure leur ouvrages en traitant des besoins non satisfaits, du manque de disponibilité des produits (Capo-Chichi, 2007), du besoin de renforcement des programmes de PF puisque la demande d'enfants est encore trop élevée dans le pays (Congo, 2007) et soutiennent encore que le problème est dû au manque d'information des répondants (Kobiane, 2000). Selon ce dernier, ce manque d'information et de sensibilisation serait confirmé par une enquête CAP dans un village Mossi où « 96% des hommes et 84% des femmes se disaient prêts à assister à des débats sur la PF » (2000 : 307). Ces conclusions hâtives portent à se poser des questions sur la méthodologie des enquêtes CAP et la fiabilité des informations obtenues!

Finalement, il importe de considérer l'utilisation qui est faite de la culture dans les enquêtes démographiques. En effet, celle-ci est le plus souvent vue comme un obstacle ou une entrave à la pratique contraceptive (Congo, 2007) qui freinerait le développement de la planification familiale et l'utilisation des contraceptifs modernes (Kobiane, 2000). Fassin (2001) remet en question ce discours culturaliste et critique la tendance à situer la cause des difficultés dans la culture des populations ciblées plutôt que dans les conditions sociales et matérielles. Il rappelle que les anthropologues ne sont pas étrangers à la construction du concept de culture qui a d'ailleurs servi à justifier leur présence parmi les décideurs en aidant à déterminer les comportements culturels d'une population. Il critique aussi les

⁶ Par exemple, Bashin et Morales (1989), entrevues CAP avec des villageois burkinabé ou Lefebvre et al (1993), entrevues CAP dans six villages burkinabé.

programmes KABP qui, outre les problèmes méthodologiques issus du fait que les sujets ne peuvent souvent répondre adéquatement à des questionnaires dans le court temps alloué, réifient les fait culturels considérés comme des ensembles homogènes et uniformes qui peuvent prendre la forme de variables culturelles dans les sondages ou devenir des obstacles qui contribuent à l'évaluation des programmes. De plus, il semblerait que cette culture n'existe que pour ceux qu'on étudie et non pour ceux qui étudient. Fassin en conclut que la culture ne devrait jamais être analysée sans se référer aux conditions structurelles dans lesquelles elle est produite et reproduite et que les populations devraient toujours être examinées en tenant compte de la manière dont ils interagissent avec les institutions et les représentations dominantes. Kertzner (1997), que nous avons présenté dans le chapitre précédent remettait aussi en question l'utilisation actuelle de la culture par les démographes et avaient proposé d'autres approches de la culture.

Bledsoe critique également la logique culturelle qui guide la compréhension occidentale de la fécondité, du temps et de l'âge et offre probablement la plus grande critique de la méthodologie et de l'approche démographique de la fécondité. En effet, les démographes qui travaillent sur l'utilisation des contraceptifs tentent la plupart du temps de dégager le profil des « utilisatrices » et des « non-utilisatrices » et d'identifier les caractéristiques de chaque catégorie de femmes afin de comprendre les facteurs qui favorisent ou entravent la pratique contraceptive.⁷ Mais Bledsoe constate que la plupart des femmes en milieu rural gambien n'utilisent les contraceptifs que pour de très courtes périodes de temps (de un à trois mois) très ciblées, c'est-à-dire lorsque les règles reviennent, mais que l'allaitement n'est pas terminé, afin d'éviter de tomber enceinte dans un moment dangereux pour la santé de la mère et de l'enfants toujours au sein.

« Most acceptors rapidly become nonacceptors during the sequence of pregnancy, lactation and weaning. Thus, it may be true statistically that users of contraceptives at any given moment are more urban or wealthy than the nonusers. But far more interesting is the fact that rural users are not a discrete group whose background characteristics set them apart from nonusers. They are instead the crest of a moving wave of numerous temporary users who are simply using contraceptives for small slices of time during the birth interval if they find that their fecundity resumes too soon. »

⁷ Un modèle un peu plus élaboré distingue trois types : les « users », les « nonusers » et les « spacers », mais le principe demeure le même.

Cette découverte est cruciale puisqu'elle implique que la situation reproductive d'une femme pèse plus dans ses actions contraceptives que ses caractéristiques sociodémographiques comme son ethnie ou son niveau d'éducation, catégories sur lesquels se concentrent actuellement les études démographiques. Bledsoe ne cesse de nous rappeler de ne pas regarder avec nos lunettes occidentales le phénomène de la haute fécondité et nous reviendrons sur ses idées au courant de ce mémoire puisqu'il s'agit sans doute de l'étude anthropologique la plus pertinente concernant notre sujet de recherche.

1.2.3- Interactions entre les technologies contraceptives et les populations locales

Les études ethnographiques récentes sur l'utilisation des contraceptifs par différentes populations à travers le monde sont assez rares ; Thompson et *al* (2000) dans leur ouvrage *Contraception Across Culture* constatent d'ailleurs que l'étude des nouvelles technologies de la reproduction comme la fertilisation *in vitro* est maintenant davantage « à la mode » ; pourtant les contraceptifs continuent à être utilisés par une grande proportion d'hommes et de femmes à travers le monde. La question de la réinterprétation des technologies contraceptives en lien avec les représentations locales du corps et de la vie reproductive a sans doute été abordée le plus exhaustivement par Bledsoe (2002) qui a montré comment les injectables sont utilisées par les femmes gambiennes non pas pour réduire leur fécondité, mais bien au contraire, pour l'augmenter, les contraceptifs permettant de laisser le corps se reposer et donc d'augmenter les chances d'une prochaine grossesse réussie et menée à terme, dans un contexte où la vie reproductive doit être conçue comme contingente aux événements extérieurs et aux échecs obstétricaux passés. Les femmes utilisent donc tous les éléments à leur disposition pour réussir à porter tous les enfants que Dieu leur a donnés en ajustant le temps et les circonstances des grossesses. Davids (2000) appuie aussi les idées de Bledsoe et constate que les immigrantes éthiopiennes juives en Israël utilisent les contraceptifs non pas pour limiter leur fécondité, mais bien pour contrôler un espacement idéal de trois ans entre les naissances. En effet, en Israël, les comportements en terme de nutrition et d'allaitement se transforment — les femmes incorporent des aliments solides et du lait en poudre dans la nutrition du bébé, elles ont un meilleur niveau nutritionnel et elles passent moins de temps à la maison avec leur bébé — ce qui cause une diminution notable de la période d'infertilité postpartum et oblige les femmes à utiliser des contraceptifs pour compenser l'espacement perdu. Trussell et les

van de Walle (1989), démographes qui ont beaucoup étudié les aspects culturels de l'espace des naissances et les tabous d'abstinence au Burkina Faso ainsi que les croyances associées au lien dangereux et prohibé entre le sperme et le lait, suggèrent aussi que la contraception moderne a tendance à se substituer comme mécanisme d'espace à l'aménorrhée et aux tabous traditionnels d'abstinence (nous reviendrons sur ce sujet dans le chapitre 4.4). Concernant la réappropriation des contraceptifs et leur utilisation pour des raisons et dans des contextes différents, un exemple original est celui de Hull et Hull (2001) qui remarquent que les femmes indonésiennes utilisent la pilule en continu pour arrêter leurs menstruations durant le Ramadan, lors de voyages à la Mecque ou encore pour leur permettre de travailler durant le « *menstrual leave* » offert par certains employeurs.

D'autres auteurs ont mis en valeur les représentations culturelles du sang, des menstruations et de la reproduction et les préoccupations par rapport aux impacts à long terme des contraceptifs sur la fécondité (Davids, 2000 ; Castle, 2003). Castle constate qu'au Mali, l'infécondité ne référerait pas seulement à l'incapacité à avoir des enfants en général, mais à l'incapacité à avoir un enfant au moment voulu, l'utilisation avant le mariage de méthodes comme le Dépo-Provera qui rendent la femme infertile jusqu'à un an après son arrêt provoquent donc des craintes chez les jeunes femmes dont le statut dépend de la capacité à offrir un enfant à son mari après le mariage. L'auteur montre aussi comment les contraceptifs hormonaux provoquent des perturbations du cycle menstruel qui ont des répercussions sur la vie sociale des femmes, celles-ci ne pouvant prier durant les menstruations ni travailler ni avoir de rapports sexuels et les longues périodes de saignement provoquées par les méthodes hormonales poussent donc leur mari à aller voir d'autres femmes en plus d'être liées à des accusations de sorcellerie ou de comportements immoraux. Comme le sang est intimement lié dans les représentations populaires à la grossesse et à la formation du bébé ainsi qu'à la régulation du corps et à la santé de la femme, l'aménorrhée amène aussi des inquiétudes. Nichter (1989) soutient qu'il ne faut pas voir les croyances sur les méthodes contraceptives modernes comme des rumeurs contre la biomédecine, mais plutôt comme ancrées dans une certaine conception du corps de la femme et de la santé reproductrice. En Inde, les questions de chaleur, d'assèchement, de diètes spéciales expliquent les réticences face aux méthodes modernes et montrent que les choix face à la contraception sont faits selon certaines contraintes économiques et sociales et avec une perception du risque particulière, la contraception augmenterait en effet la

vulnérabilité du corps. Cette idée rejoint d'ailleurs le concept de *local biologies* de Lock qui rappelle l'importance de tenir compte de l'expérience physiologiques différentes des femmes à travers le monde et de l'imbrication entre la nutrition, les conditions de vie et le corps : celui-ci n'est pas le même partout puisqu'il est façonné par les histoires locales et les forces sociales. Elle a ainsi remis en question le fait que la ménopause était un phénomène universel en montrant comment les occidentales et les japonaises ne ressentent pas de la même manière les effets de la ménopause et elle met en évidence l'interrelation entre des conceptions culturelles différentes de la vieillesse, mais aussi des différences physiologiques ; le biologique, le social et le culturel étant coproduits et inséparables (1993, 2002). L'idée que le corps humain soit une constante universelle est également remis en question par Ginsburg et Rapp (1995) :

« Most biomedical research is premised on scientific representations of the human body as a universal constant, not accounting for the biological impact of cultural differences and social inequalities. The birth-control pill, for example, designed for a middle-class American modal body, was tested on working-class Puerto Rican women with distinct and often compromised nutritional and health histories. »

Ainsi, les contraceptifs peuvent avoir des effets secondaires différents, notamment dans un contexte de carences alimentaires où beaucoup de femmes souffrent d'anémie, ce pourquoi Nichter (1989 : 77) rappelle que de réels risques existent dans le domaine de la régulation de la fécondité et que toutes les expériences bioculturelles ne peuvent être considérées comme des croyances fausses ou des rumeurs.

D'autres auteurs comme Ali (2002) ont montré comment les femmes ne sont pas des sujets passifs des programmes de planification familiale et résistent aux idées véhiculées par ces programmes ; des expériences corporelles différentes, influencées par leur culture, leur religion et leur contexte social, confrontent les idées occidentales de corps, de personne et d'intégrité physique. En effet, les contraceptifs et les programmes de PF entrent parfois en conflit avec les cultures locales, notamment avec les conceptions du rôle de la femme, de son corps, de sa sexualité et les structures maritales dans lesquelles elle évolue (Pearce, 1995). D'un autre côté, Lopez soutient que les femmes, bien qu'elles résistent jusqu'à un certain degré aux politiques auxquelles elles sont soumises, réutilisent les technologies de la reproduction à leur propre avantage et comme moyen d'*empowerment* face au patriarcat et à la subordination de la femme. De Bessa (2006) appuie les mêmes idées et conçoit la stérilisation chez les femmes des quartiers pauvres du Brésil, même si elle demeure une

option parmi trop peu d'alternatives qui assujettit la femme à une gestion et une intervention médicale plus grande, comme partie de la lutte active de ces femmes pour améliorer leurs vies et résister aux charges placées sur elles par des relations de genre inégales. Dans tous les cas, l'agentivité des femmes et la diversité des stratégies utilisées pour gagner du pouvoir et améliorer leurs conditions de vie est notable, mais le choix des femmes est malgré tout imbriqué dans un contexte social, économique et familial plus large qui limite aussi en partie ce choix. À ce sujet, Schneider et Schneider (1995) ont montré comment des conditions économiques difficiles et un rapport de dépendance, de hiérarchie et d'humiliation avec les classes dominantes plus riches est un frein à la motivation de former une famille et de se concerter dans le couple pour des méthodes de planification familiale.⁸

Finalement, des études intéressantes ont été effectuées sur les contraceptifs comme critères d'identité permettant de se distinguer et de s'identifier à la modernité : les campagnes de sensibilisation pour la PF projette l'image de la petite famille comme liée à la vie moderne et à un meilleur avenir (Ali, 2002) et les notions de modernité issues de ces programmes construisent le corps des femmes comme « moderne » ou « traditionnel », discours qui reflète des inégalités et des disparités matérielles et entre en jeu dans la manière dont les femmes construisent leur identité par rapport aux autres (Richey, 2004b). Kanaaneh (2000) approfondit ces idées dans son excellente étude de l'utilisation des contraceptifs chez les Palestiniens qui désirent maintenant se distinguer et « devenir modernes ». À cause des préjugés négatifs des Israéliens sur la fécondité « incontrôlée » et « bestiale » des palestiniens, ceux-ci en sont venus à se distinguer entre eux-mêmes sur la base de ces critères reproductifs et à considérer ceux qui ont trop d'enfants comme irrationnels et incapables de se contrôler et de gérer leur corps. Selon Kannaneh, l'incorporation des Palestiniens dans l'économie israélienne et dans la culture de la consommation a aussi entraîné de nouveaux types d'emploi, de nouveaux besoins et des transformations dans la conception de l'économie familiale qui privilégie maintenant les petites familles. Nous aurons l'occasion dans le chapitre 6 de se pencher davantage sur la

⁸ Leur étude se penche en fait sur les changements démographiques au tournant du 20^e siècle en Sicile avec l'exemple ethnographique de Villamaura et ils essaient de comprendre pourquoi les *braccianti* (les agriculteurs plus pauvres) ont pris du temps à adopter les méthodes contraceptives de l'époque pour réduire la taille de la famille par rapport à la bourgeoisie, aux commerçants et aux propriétaires terriens alors que la mortalité infantile avait chuté et que la croissance démographique augmentait sans arrêt, ce qu'ils lient à un manque de pouvoir d'action dans un contexte historique particulier.

réappropriation de ce discours de tradition/modernité et son impact sur les relations sociales et le statut des individus.

Enfin, certains auteurs ont traité des relations de genre dans la prise de décision en lien avec la fécondité et ont mis en valeur différentes façons de vivre le couple, de prendre des décisions et de communiquer à ce sujet. Stark (2000) a démontré que, dans les sociétés où les femmes manquent d'autonomie, notamment au Bangladesh, celles-ci vont tout de même être proactives en prenant des contraceptifs en cachette, souvent contre les valeurs de la communauté et au risque d'être découvertes, mais pour le bien-être de leur famille et sa sécurité économique. Les femmes profitent donc de l'opportunité de pouvoir contrôler leur fécondité, mais trouvent des stratégies pour le faire sans briser leurs relations sociales et sans faire perdre la face à leur mari :

« Through such means, women may assume the responsibility for defiance of social and familial values and have some satisfaction in their independent action, while allowing their husbands to maintain social respectability. Thus, couple, by not communicating directly about contraception, engage in an implicit agreement deal with competing economic realities and social demands. » (Stark, 2000 : 193)

Plusieurs auteurs ont aussi souligné l'importance de l'implication et de l'influence des hommes dans les décisions liées à la fécondité, rappelant l'engagement des hommes dans la fécondité des femmes — ce qui contredit l'idée que la femme puisse être un acteur reproductif indépendant — (Ali, 2002b) et soulignant que les attentes des hommes sont souvent différentes de celles des femmes et ont tendance à dominer. (Andro et Hertrich, 2001). Nous aurons l'occasion de revenir amplement sur ce sujet dans les prochains chapitres.

2 - CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

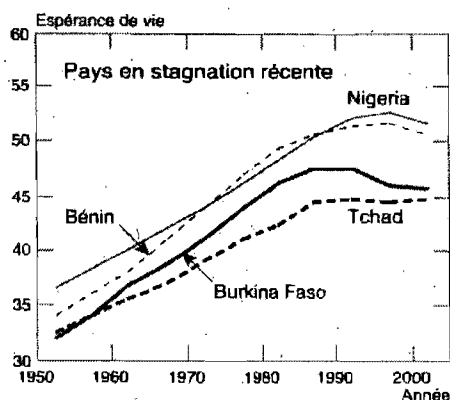
2.1- Contexte de l'enquête

2.1.1- Situation démographique

Comme le sujet de la recherche porte sur la planification familiale et se trouve en quelque sorte au carrefour des sciences démographiques, nous ferons d'abord un survol de la situation démographique du Burkina Faso, surtout en ce qui a trait à la fécondité et aux pratiques contraceptives et en tenant compte des grandes différences entre les milieux urbains et ruraux, avant de se pencher sur le contexte historique et ethnographique plus particulier de la province de la Kossi. Le Burkina Faso est le deuxième pays le plus pauvre en Afrique et dans le monde, il se classe 173 sur 175 pays au niveau de l'indicateur du développement des Nations Unis qui comprend l'espérance de vie, l'alphabétisation, le niveau de scolarité et le revenu ajusté par habitant. (FNUAP, 2007) C'est le pays en Afrique, avec le Niger, où la disparité entre les sexes est la plus élevée, la mortalité infantile et maternelle la plus élevée et l'accès aux soins de santé le plus faible. 83% de la population vit en milieu rural, et les disparités entre les milieux ruraux et urbains sont énormes. (*Idem*) Le Burkina Faso, qui, comme toute l'Afrique de l'Ouest, a été la cible des démographes et considéré comme résistant aux changements sociodémographiques, se trouverait maintenant dans ce que ceux-ci appellent la « première phase de la transition démographique », c'est-à-dire que l'espérance de vie à la naissance a augmenté tandis que l'indice de fécondité s'est accru dû à une faible utilisation contraceptive, ce qui donne au pays un taux de croissance annuel moyen de 2,5% (Congo, 2007). Cette situation et la diminution de la mortalité infantile devraient, selon les démographes, mener à une plus grande utilisation des contraceptifs et à une réduction à long terme de la fécondité permettant au pays d'entre dans la fameuse « transition démographique ». Kobiane (2000) constate une baisse du taux brut de mortalité de 32 pour mille à 16.4 pour mille de 1960 à 1991 et une augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 32 ans à 52 ans ainsi qu'une baisse de la mortalité infantile de 183 pour mille en 1960 à 130 pour mille en milieu rural (111 pour mille en milieu urbain) en 1991. Mais ces données sont à nuancer. En effet, même si le pays a connu une baisse de la mortalité infantile et une augmentation de l'espérance de vie depuis les années 60, Tabutin et Schoumaker (2004) remarquent une stagnation et un arrêt des progrès au niveau de l'espérance de vie et de la mortalité infantile depuis les années 90 au Burkina Faso (voir Figures 3 et 4). Les conditions de vie ont donc

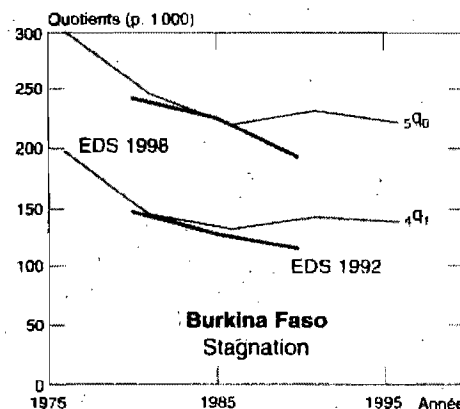
régressé depuis les 20 dernières années et la légère baisse du taux de fécondité enregistrée récemment ne peut pas être liée aussi directement à l'amélioration des conditions de vie, nous aurons l'occasion d'aborder davantage ce sujet dans le chapitre 5. Soulignons que dans la province de la Kossi, l'espérance de vie est de 46 ans.

Figure 3 : Évolution de l'espérance de vie de 1950 à 2005



Source de données : EDS (1992 ; 1998) et Nations Unies (2003) dans Tabutin et Schoumaker (2004)

Figure 4 : Stagnation de la mortalité infantile au Burkina Faso

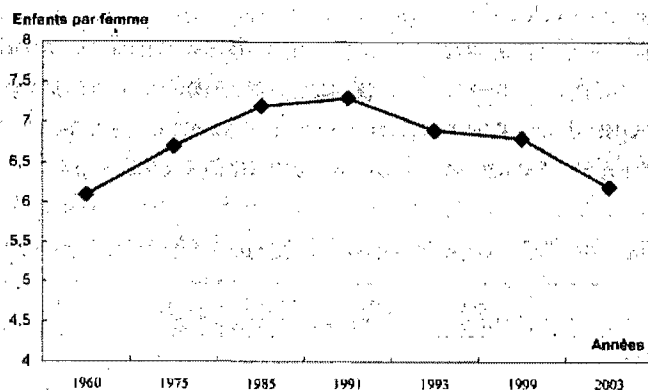


Au niveau de l'indice synthétique de fécondité (ISF) du Burkina Faso, un des plus élevé dans le monde, il est de 6,8 enfants par femme et a connu un accroissement des années 1960 à 1991 (passant de 6,1 à 7,3) pour ensuite diminuer entre 1991 et 1993 et amorcer une nouvelle baisse, après une relative stabilité, de 1999 à aujourd'hui pour revenir à l'ISF de 1960 (voir Figure 5). Toutefois, cette évolution de l'indice de fécondité diffère selon le milieu et bien que depuis 1985 on assiste en milieu urbain à une baisse continue de l'ISF, en milieu rural le taux est plutôt stable et la baisse moyenne annuelle de 1985 à 2003 n'est que de 0,3%. (Congo, 2007) Ainsi, en 1991, l'ISF avait atteint 7,7 en milieu rural, mais il a diminué à 7,3 en 1993 et à 6,9 en 2003 (voir Tableau I). Congo rappelle qu'on pourrait penser à une coexistence de deux modèles de fécondité en Afrique subsaharienne : l'un urbain et l'autre rural.

« Les conditions de vie assez difficiles en ville poussent les populations urbaines à adopter de nouveaux comportements en matière de fécondité. Dans ce milieu, où les couples ont reçu une certaine éducation et où les risques de décès des enfants sont moindres, les coûts élevés d'entretien des enfants et la sécurité du revenu conduisent à une fécondité faible. En effet, les couples n'ont pas besoin d'avoir beaucoup d'enfants pour assurer leur survie. On y assiste à un affaiblissement de la pression sociale au profit de motivations et d'aspirations individuelles et de couple. En milieu rural traditionnel le niveau d'instruction est faible, surtout chez les filles et les femmes. On y pratique encore l'exploitation extensive et non mécanisée des terres.

C'est pourquoi une descendance nombreuse demeure encore un facteur de puissance économique, de prestige social (possibilités de renforcer les alliances au travers des mariages) et de sécurité pour les vieux jours. » (Congo, 2007 : 12-13)

Figure 5 : Évolution de l'ISF au Burkina Faso depuis 1960



Source de données : AFRISTAT, 2000 ; INSD, 1994, 1999, 2004 ; Kobiane, 2000, dans Congo (2007)

Tableau I : Évolution de l'ISF depuis 1960, selon le milieu de résidence

Années	1960	1975	1985	1991	1993	1998/99	2003
Milieu de résidence							
Urbain	-	-	6,5	6,3	5,0	4,1	3,8
Rural	6,1	-	7,3	7,7	7,3	7,3	6,9
Ensemble	6,1	6,7	7,2	7,3	6,9	6,8	6,2

Source de données : AFRISTAT, 2000 ; INSD, 1994, 1999, 2004 ; Kobiane, 2000, dans Congo (2007)

Concernant la situation démographique entourant la fécondité, notons un âge précoce du mariage pour les femmes et du début de leur vie reproductive, l'âge médian au mariage étant de 19 ans pour les femmes et de 26 pour les hommes et 25% des femmes de moins de 19 ans ayant commencé leur vie reproductive, 31% de la fécondité en milieu rural étant réalisé entre 15 et 24 ans. (Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Kobiane, 2000) Au Burkina Faso, 55% des femmes sont en union polygame et l'excision, pourtant illégale dans le pays, est encore pratiquée chez 71,6% des femmes. (*Idem*) Le taux de scolarisation était de 30% en 1991 selon Kobiane, mais il est de 15,5% dans la province de la Kossi (ECD, 2006).

Par rapport à la planification familiale, la grande majorité des femmes n'utilise aucune méthode contraceptive moderne ou naturelle et l'intervalle des naissances est restée stable au cours des années, associée à longue période d'allaitement et d'abstinence post-

partum. Selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1993, en milieu rural, la durée médiane de l'aménorrhée était de 15,6 mois, l'abstinence de 19,8 mois et l'allaitement de 26,3 mois. Ces périodes sont plus courtes en milieu urbain (comme on peut le constater dans le Tableau II), mais l'intervalle intergénéral est de 34,6 mois pour les deux milieux, ce qui s'explique par l'utilisation plus importante de la contraception en milieu urbain. Selon Kobiane (2000), entre 1960 et 1976, 6% des femmes en âge de procréer étaient stériles et certains départements, dont la Kossi, connaissaient des taux de stérilité primaires supérieurs à 10% (Capron avait d'ailleurs fait les mêmes constatations chez les Bwaba du Burkina Faso), mais la lutte contre les IST a entraîné une importante baisse de stérilité (elle était de 2,9% en 1991) et aussi une augmentation de la fécondité (Kobiane, 2000).

Tableau II : Durée médiane de l'intervalle intergénéral, de l'aménorrhée, de l'abstinence post-partum et de l'allaitement (en mois)

	Milieu de résidence			
	Rural	Urbain	Ensemble	Ouagadougou
Intervalle intergénéral	34,7	34,6	34,7	35,6
Aménorrhée	15,6	11,5	14,6	10,7
Abstinence	19,8	14,8	18,9	13,8
Allaitement	26,3	21,9	25,2	21,7

Source de données : EDS 1993 dans Kobiane (2000)

Au niveau de l'utilisation des contraceptifs, en 2003, 33,7% des femmes utilisaient une méthode quelconque dont 27,7% une méthode moderne en milieu urbain et en milieu rural, 10% utilisaient une méthode quelconque dont 5,1% une méthode moderne, ce qui fait des taux de prévalence contraceptive dans l'ensemble de 13,7% toutes méthodes confondues et de 8,6% pour les méthodes modernes. (Congo, 2007) Les données de l'étude de Capo-Chichi et Tougouri (2007) sont un peu plus élevées dû à une méthodologie d'enquête différente : 12% toutes méthodes confondues et 10% pour les méthodes modernes. Selon leur étude, une femme sur trois a déjà utilisé une méthode contraceptive, soit la pilule (14%), les injectables (9%), le préservatif (10%), le Norplant (4%) et les méthodes traditionnelles (5%). Dans le Tableau III, on peut voir l'évolution de l'utilisation des différentes méthodes modernes et traditionnelles et on constate que l'utilisation de l'injection, du condom et des méthodes autres (comme le Norplant) a augmenté au détriment de la pilule et du dispositif intra-utérin (DIU).

Tableau III : Prévalence contraceptive selon les types de méthodes (1993, 1999 et 2003)

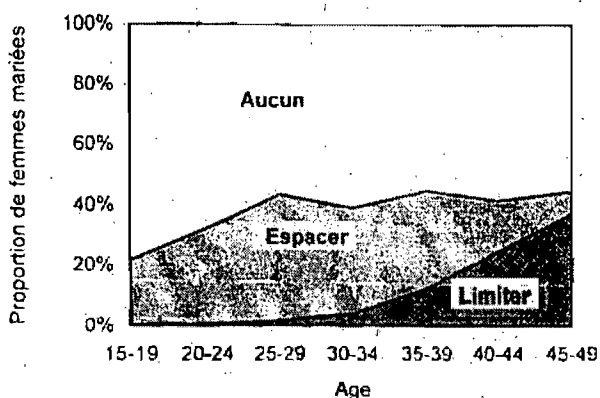
Méthodes contraceptives		Proportion de femmes					
		1993		1999		2003	
		En union	Ens.	En union	Ens.	En union	Ens.
Toutes méthodes		7,9	7,7	11,9	12,0	13,7	13,9
Modernes	Pilule	2,1	2,0	1,8	1,7	2,2	2,0
	DIU	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,3
	Injection	0,1	0,1	1,1	0,9	2,5	2,1
	Condom	0,8	0,9	1,2	2,5	2,1	4,1
	Autres	0,4	0,4	0,4	0,4	1,4	1,1
Traditionnelles	Contenance périodique	3,5	3,4	4,6	4,2	3,1	2,6
	Retrait	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1
	Abstinence	-*	-	2,2	1,8	1,6	1,3
	Autres	0,2	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2

Source de données : INSD, 1994, 1999, 2004 dans Congo (2007) *Données non disponibles

L'élément majeur à retenir et sur lequel nous reviendrons au courant des prochains chapitres est le recours à la contraception d'espacement plutôt qu'à une contraception d'arrêt. Les méthodes contraceptives sont utilisées après avoir eu les enfants voulus, en fin de vie reproductive (voir Figure 6). Contrairement à ce que plusieurs études CAP ont soutenu⁹, la diffusion de l'information ne semble pas être en cause dans le faible niveau d'utilisation des contraceptifs puisque leur connaissance s'étend même en milieu rural où elle était de 74% en 1999. L'écart entre la connaissance et la pratique peut donc être expliqué notamment par le fort désir d'enfants. Le nombre d'enfant idéal observé en 1999 est de 5,7 (4,2 en milieu urbain et 6,1 en milieu rural) et plus de la moitié des femmes (56%) désirent toujours une progéniture supérieure ou égale à 5 enfants, ce qui n'a pas changé depuis l'enquête de 1993. (Congo, 2007)

⁹ Voir chapitre 1.2.2.

Figure 6 : Besoin des femmes en matière de PF selon leur âge



Source des données : UERD, 1996, dans Pictet (1999)

Selon Congo (2007), les facteurs significatifs qui influencent l'utilisation des contraceptifs par les femmes sont, en ordre d'importance, la situation matrimoniale (les femmes qui ne sont pas en union utilisant davantage les contraceptifs), la discussion au sein du couple et l'attitude du conjoint face à la PF, le niveau d'instruction, l'accès aux médias, l'activité économique (public/commerce/secteur agricole) et le lieu de résidence (urbain/rural) ; la religion, l'origine ethnique et l'âge n'ayant pas d'influence significative. On remarque l'influence plus qu'importante de l'homme dans la gestion du ménage et dans les décisions concernant la fécondité : les femmes doivent obtenir son approbation et leur utilisation des contraceptifs dépend fortement de l'opinion de leur conjoint et de la discussion dans le couple à ce sujet. Toutefois, Congo (2007) constate que 42% des femmes ignorent l'opinion du conjoint sur la contraception et que seulement 35% ont un conjoint favorable. Par rapport à la discussion au sein du couple, 75% des femmes ne le font jamais, 13% le font quelque fois et 12% en discutent souvent. Si on regarde les statistiques contraceptives pour les hommes, selon Capo-Chichi et Tougouri (2007), un homme sur trois dit avoir déjà utilisé une méthode contraceptive avec sa partenaire, soit le condom (27,5%), la pilule (7%), l'injectable (5,8%) et le Norplant (0,2%). On constate une surreprésentation du condom et une sous-représentation des autres méthodes par rapport aux données des femmes, ce qui laisse croire que beaucoup de femmes utilisent les contraceptifs hormonaux à l'insu de leur mari et que beaucoup d'hommes utilisent les préservatifs non pas dans le cadre du couple et pour l'espacement des naissances, mais pour aller voir d'autres femmes et pour se protéger des IST. Nous aurons bien sûr l'occasion de revenir amplement sur la situation de la fécondité et de la planification familiale en milieu

rural, et du point de vue de nos répondants, tout au long de ce mémoire.

2.1.2- Situation géographique, historique et ethnographique¹⁰

La province de la Kossi, dont le chef-lieu est Nouna, est située au Nord-Ouest du Burkina Faso, à la frontière du Mali (voir Figure 2, Annexe xii). Avec plus de 274 villages réparti en une quarantaine de hameaux de cultures, la province de la Kossi compte 304 150 habitants pour une densité de 40 habitants/km² et un taux d'accroissement annuel moyen de 2,61% (ECD, 2006). Il s'agit d'une région sahélienne isolée et éloignée de la capitale, le réseau routier constitué de routes en terre ou en sable la rendant difficile d'accès durant la saison des pluies, en attente d'une route en béton entamée depuis plusieurs années, mais qui tarde à être construite. Le réseau routier interne reliant les villages quant à lui est mauvais et certaines régions au Nord de la province, où le relief est accidenté avec des falaises escarpées, sont tout simplement inaccessibles, ces populations ayant donc un très faible accès, sinon nul, aux formations sanitaires. Il n'existe pas d'économie industrielle dans la région, le commerce y est par contre assez développé, notamment avec le Mali, et les principales sources de revenus sont l'agriculture et l'élevage. L'agriculture y est difficile étant donné la pauvreté du sol et la production agricole (mil, sorgho, sésame, maïs, arachide, coton) est souvent déficitaire, mais certaines régions plus prospères, notamment à cause des trois cours d'eau (le Sourou, le Kossi et le Mouhoun) qui, malgré leur irrégularité, arrosent en partie le territoire, attirent les étrangers et l'immigration dans la région est élevée, le défrichage de nouvelles terres aussi. L'élevage (bœufs, moutons, chèvres, porcs, ânes et volailles) est central pour les populations de la Kossi et plusieurs éleveurs de bovins, notamment les Peuls, qui se sont en quelque sorte retrouvés pris entre les frontières étatiques coloniales, continuent à vivre au rythme des transhumances, traversant à leur guise les frontières, du Mali à la Côte d'Ivoire.

La province de la Kossi abrite une immense diversité ethnique, culturelle et religieuse et on y compte plus de 15 ethnies dont les principales sont les Bwaba, les Marka (Dafi), les Peuls, les Mossi, les Samo et les Dogons. Nos répondants sont, en ordre d'importance, Bwaba, Dafi, Peuls et Mossi, plus quelques autres d'ethnies diverses (Bambara, Samo, Gourmantché et Haoussa). Quant aux pratiques religieuses, elles sont tout

¹⁰ Des photos issues du terrain sont présentées dans l'Annexe xxii.

aussi variées, les religions principales étant l'Islam, le Catholicisme, le Protestantisme et l'Animisme (souvent pratiqué en synchrétisme avec une autre des grandes religions). L'histoire de la région, de son peuplement par les différents groupes qui l'habitent aujourd'hui, des conflits et des créations identitaires qui eurent lieu est complexe et nous tenterons ici d'en résumer les grandes lignes afin de donner une profondeur historique au contexte dans lequel nous avons travaillé et aussi pour aider à comprendre les relations ethniques actuelles et les hiérarchies sociales établies entre les différentes populations, élément qu'on ne peut négliger.

Ki-Zerbo (1978) a accompli un travail remarquable en mettant en évidence le dynamisme de l'histoire africaine et l'apogée de ses grands empires, du XIIe au XVIe siècles, montrant en même temps comment les contingences de la traite des esclaves et de la colonisation ont profondément affecté cette histoire, au point de laisser croire aux premiers colons et ethnologues que l'Afrique n'avait pas d'histoire. De l'empire du Ghana au XIe siècle, qui s'étend du Sénégal à Tombouctou et fondé par les Soninké (dont les descendants sont aujourd'hui les Dioula, les Marka et les Dafi de notre région) aux empires de Sosso, du Mali et de Songhaï en passant par la propagation de l'Islam, la construction d'Universités et de mosquées, la création d'un immense réseau routier transsaharien et de métropoles de commerces, lieu de convergence des deux grands peuples commerçants de l'Ouest africain : les Haoussa et les Mandé, qui, en plus de créer des réseaux économiques avec les populations locales, furent des vecteurs de diffusion de biens, d'éléments culturels et linguistiques et de nouvelles techniques, la région de notre étude a connu un dynamisme historique au Moyen Age qui a laissé ses traces dans le métissage actuel des populations. Mais l'ébranlement des grands empires à partir du XVe siècle, les premiers contacts avec les Européens qui chercheront à utiliser l'Afrique et l'expansionnisme des états musulmans qui passent aux guerres saintes mèneront à une atomisation politique et au début d'une sombre histoire (Ki-Zerbo, 1978). Alors que certains leaders africains comme El-Hadj Omar des Toucouleur tentent de recréer de grands ensembles étatiques et que de nouveaux royaumes se forment comme le royaume bambara de Ségou au XVIIe siècle qui repoussa les populations Mandé vers la Haute-Volta, l'empire Mossi de Oubri et Ouédraogo au XVe siècle qui constitue encore le fondement de la Haute-Volta (l'actuel Burkina Faso) et le royaume des Peuls du Macina mené par Amadou Cheikou au XVIIIe siècle, plusieurs autres théocraties musulmanes tentent d'émerger et de se constituer en empire grâce aux

armes à feu modernes, l'Islam servant de ciment social à ces nouvelles organisations politiques appuyées par un pouvoir militaire. La *jihad* d'Al-Kari de Boussé, issu d'une famille de la région de Dafina (ancêtres des Dafi) et qui tentera sans succès de former le premier état musulman Marka en entrant en guerre avec les populations locales animistes (surtout les Samo), n'en est qu'un exemple (Echenberg, 1969).

À travers cette histoire, les Bwaba (aussi appelés Bwa, Bobo-Oulé ou tout simplement Bobo), qui semblent former la population la plus ancienne de la région et dont nous discuterons l'identité et l'organisation sociale un peu plus tard puisqu'ils constituent la majorité de nos répondants, se sont trouvés entre ces grands empires soudanais et voltaïques, mais ils ont toujours refusé toute forme de pouvoir centralisé. Sans être les « sujets passifs » d'événements historiques extérieurs, comme le rappelle Diarra (2006) en critiquant les anciens ethnologues comme Capron qui les ont décrits ainsi, les Bwaba n'ont pas été incorporés aux grands empires et ils évitèrent les contacts trop directs avec les envahisseurs Mandé, notamment les Bambara, et échappèrent à l'emprise Mossi. La société Mossi, formée de quatre royaumes (Ouagadougou, Yatenga, Tenkodogo et Fada N'Gourma) et qui atteint son apogée au XVI^e siècle, société guerrière et hiérarchisée qui annexa et assujettit beaucoup des populations voisines à son empire, notamment les Samo pour notre région, reposait sur un système à la fois clanique et féodal. Selon Skinner (1989) le système clanique et religieux Mossi, prompt à intégrer différents éléments comme ce fut le cas avec l'Islam et les imams, permettait de conserver la cohésion interne d'un système féodal dont les bases économiques, législatives et administratives seraient trop faibles. Ainsi, malgré la tradition guerrière des Mossi, il leur était difficile d'exercer une autorité constante sur leur territoire par la force dû à un pouvoir central plutôt faible, ce qui a sans doute contribué à éviter aux Bwaba le contact avec les Mossi. Les Bwaba ont par contre été – et sont toujours – en contact très proche avec les Marka, société commerçante d'origine Soninké qui descendit au sud à cause de la pression des grands empires et qui s'implanta autour des villages Bwaba du XII^e au XIII^e siècle, se fondant dans les populations autochtones de manière pacifique par un réseau d'artisans et de commerçants. Les Bwaba leur accordèrent des droits d'installation et malgré certains conflits et heurts culturels, les deux populations s'intégrèrent parfaitement et les Marka eurent une influence notable sur les Bwaba, notamment en créant des marchés et en leur permettant à la fois d'avoir accès à de nouveaux produits et d'échanger les leurs. (Capron, 1973) Mais cette complicité

sociologique ne mena pas à un métissage des deux populations à cause de ce que Capron appelle « des options existentielles divergentes » : attachés à la terre, les Bwaba considéraient avec mépris que les Marka puissent délaissier aux mains des esclaves la culture de la terre pour pratiquer des activités comme le tissage, réservées au groupe ethnique le plus décrié chez les Bwaba : les griots. (*Idem*) Les Bwaba n'acceptaient pas non plus certains principes de l'économie de marché et ils se refusèrent à l'Islam. Dans le cadre de notre recherche, nous appelons les Marka de notre région « Dafi » puisque c'est un terme plus précis et que c'est le terme par lequel ils se désignent eux-mêmes. En effet, le terme Dafi réfère à la région conquise par Ikié Zina, du village de Dafna situé au sud de Dédougou, en collaboration avec les Konaté, les premiers Marka arrivés en Haute-Volta. Selon Koulibaly (1970), Ikié Zina aurait voulu venger sa mère et serait parti en guerre avec l'armée des Konaté ce qui aurait mené à des conquêtes qui auraient assujetti entre autre les populations de la région actuelle de Nouna. Le nom du village de ce héros fut donc utilisé pour désigner les régions qu'il conquiert (le Dafina) et les habitants, Marka ou autres, de cette même région (les Dafi) (Koulibaly, 1970).

Malgré certains conflits, les Bwaba vivaient donc plutôt pacifiquement avec les Marka, mais ils furent confrontés aux Peuls, peuple d'éleveurs nomades, qui leur imposèrent une domination politique à partir du XIXe siècle dont les traces sont encore visibles aujourd'hui. Le réveil de l'« ethnie » Peul et les luttes entre les Peuls eux-mêmes et les Bambara créèrent un climat d'insécurité et de violence en pays Bwaba qui força les habitants à se regrouper en villages plus gros. (Capron, 1973) Les Peuls se ravitaillaient en mil dans les villages Bwaba et recrutaient des archers et des esclaves parmi ceux-ci (aujourd'hui appelés Faux-Peul ou Rimaïbe et qui vivent encore aujourd'hui dans une structure hiérarchique avec les Peuls). L'arrivée des Toucouleur ne calma pas le conflit avec les Peuls qui placeront la totalité des villages Bwaba sous leur autorité : tous ces bouleversements provoquant une grave crise économique chez les Bwaba, l'ébranlement des institutions politiques et de leurs valeurs et l'exacerbation des luttes entre leurs villages. (*Idem*) La période coloniale empirera davantage la situation puisque les autorités françaises confirmeront le pouvoir Peul et Marka sur les populations Bwaba en plus de les contraindre aux travaux forcés, l'A.O.F. étant devenu fournisseur de main d'œuvre pour les compagnies d'exportation. Ce contexte mènera à une révolte mémorable des Bwaba en 1915-1916 qui sera étouffée par les Français, mais seulement après avoir décimé une

cinquantaine de villages Bwaba et après six mois de lutte acharnée. (*Idem*) Ki-Zerbo (1978) rappelle d'ailleurs l'importance des résistances africaines à la colonisation et le fait que ce sont souvent les ethnies traditionnellement moins organisées politiquement qui s'opposèrent le plus à la colonisation. Après les indépendances, les Bwaba et les autres populations de notre région demeurèrent marginalisées par les régimes étatiques postcoloniaux, qui demeurèrent en grande partie entre les mains des Mossi, l'ethnie majoritaire. Bien que les chefs traditionnels Mossi perdirent beaucoup de leurs pouvoirs aux mains des Français et que ce pouvoir, après les indépendances, ne fut pas remis aux mains des mêmes auxquels il avait été enlevé (Skinner, 1989), les Mossi conservèrent un contrôle politique au Burkina Faso et les chefs traditionnels continuent à avoir une influence auprès des politiciens.

Les populations de la Kossi vivent maintenant en bonne entente, la « parenté à plaisanterie » aidant à diminuer les tensions entre les groupes qui se sont auparavant confrontés comme les Peuls et les Bwaba, les Marka et les Bwaba ou les Mossi et les Samo. Ces parents à plaisanterie s'appellent aujourd'hui « mon esclave » ou s'insultent en riant lorsqu'ils se croisent sur la place publique.¹¹ Les conflits actuels dans la région sont surtout liés à la désertification et au défrichage anarchique de nouvelles terres, ce qui occasionne des heurts entre les agriculteurs Bwaba ou Marka et les éleveurs Peuls dont les troupeaux ravagent les cultures. Des conflits surgissent aussi avec les nouveaux immigrants qui arrivent nombreux dans la région, notamment les Mossi, dont l'agriculture extensive et mécanisée contraste avec la modestie des champs bwaba et qui sont souvent vus comme les principaux coupables de la raréfaction des terres. (Drabo, 2000) La région est donc attractive au niveau de l'immigration, mais un fort courant migratoire externe existe toujours, notamment pour les jeunes hommes qui partent travailler en Côte d'Ivoire comme ouvriers agricoles pour revenir ensuite fonder leur famille, cercle migratoire qui existe depuis très longtemps (Cordell et al, 1996). Des études récentes au Burkina Faso et au Mali montrent toutefois que l'émigration des jeunes femmes des milieux ruraux vers la ville pour travailler aurait aussi tendance à augmenter depuis les dernières années et pour des raisons assez différentes de celles des hommes (Lejeune, 2004 ; Lesclingand, 2004).

Nous terminerons ce chapitre avec un aperçu de l'organisation sociale particulière des Bwaba, dont l'origine est inconnue, mais qui semble constituer la population

¹¹ Fouéré (2008), dans une critique de l'utilisation ethnologique du concept de « relations à plaisanterie », dévoile toutefois les logiques politiques et identitaires de ces pratiques énonciatives.

autochtone de la région. L'unité culturelle bwaba a été sujet à controverse et l'est encore aujourd'hui, au point où Diarra (2006) se demande s'il existe vraiment une ethnie Bo avec une culture propre ou si nous sommes plutôt en présence de stratégies identitaires et il insiste d'ailleurs sur le caractère pluriel de cette société. La stigmatisation des Bwaba par les premiers colons et ethnologues qui les ont classés comme rouges ou blancs (Bobo-Oulé et Bobo-Fing), comme faisant partie ou non du groupe Bobo, comme société sans État, sans histoire et primitive par rapport aux autres sociétés voisines « plus civilisés » — par lesquels les administrateurs coloniaux ont d'ailleurs toujours passé pour entrer en contact avec eux — n'aide pas non plus au processus d'identification bwaba. (Diarra, 2006) Ce problème de la classification ethnique est d'ailleurs récurrent en Afrique et Amselle (1985) montre bien comment l'ethnie est en grande partie une construction coloniale qui n'a cessé d'être récupérée à des fins politiques. Selon lui, l'Afrique précoloniale était plutôt constituée d'espaces d'échanges, d'espaces guerriers, étatiques et politiques, linguistiques, culturels et religieux en constante construction et les patronymes ou les ethnonymes doivent être considérés comme des éléments que les acteurs sociaux utilisent pour affronter différentes situations politiques qui se présentent à eux plutôt que comme des distinctions ethniques à proprement parler.

Quoiqu'il en soit, la société bwaba peut être caractérisée par sa capacité d'adaptation et d'incorporation d'éléments culturels étrangers, notamment Dioula, mais aussi par son organisation politique « anarchiste » et basée sur ce que Capron appelle « la communauté villageoise » : la société bwaba formerait une mosaïque de communautés villageoises individualisées, où le village est l'unité politique principale et non le lignage. D'ailleurs, les dialectes des différents villages bwaba sont souvent inintelligibles. Sans nier l'importance du village pour les Bwaba, Diarra (2006) rappelle la contingence historique de leur formation, ceux-ci ont souvent été créés par nécessité, et il nous met en garde de tomber dans une essentialisation du concept de « communauté villageoise ». Mais les valeurs d'indépendance bwaba et le refus catégorique de toute forme d'autorité ont contribué au désir d'autonomie de chaque village, bien que la communauté clanique et les alliances matrimoniales aient aussi permis des rapprochements entre les villages.

La société bwaba est composée de trois groupes socioprofessionnels : les cultivateurs Bwaba et les deux groupes de caste inférieure, qui ne sont pas réellement considérés comme Bwaba, les forgerons et les griots. Alors que les forgerons, associés au

travail du fer et à la terre, sont craints pour leurs pouvoirs magiques, les griots, associés à la musique et au travail de tisseurs et d'artisans, animent les fêtes. Une organisation verticale gérontocratique règle les rapports d'autorité dans la société bwaba, chaque famille élargie ayant un chef de maisonnée, mais une organisation horizontale lie les groupes du même âge et l'autorité du chef est donc répondue collectivement. (Capron, 1962) Ces classes d'âge étaient formés traditionnellement lors de l'initiation où les jeunes initiés devaient affronter et « tuer » un masque dansant et où on leur enseignait la religion du Do et la cosmologie bwaba. Les différents masques en feuille rappelaient l'histoire mythique bwaba de la création de l'univers, des formes et de l'homme et les scarifications faciales étant aussi une façon de relater cette histoire et d'accueillir le jeune enfant dans la société (Coquet, 1994). Aujourd'hui on peut voir dans certains villages les nombreux autels sur lesquels sont encore pratiqués des sacrifices pour les divinités et les masques font leur sortie, notamment lors des funérailles, mais la religion chrétienne — divisant les villages et les célébrations sociales en « pratiquants catholiques » ou « pratiquants protestants » — a pris une place prédominante depuis la colonisation, les Bwaba ayant adopté la chrétienté plutôt que de se souscrire à l'Islam, et les rites traditionnels sont farouchement cachés sinon niés aux visiteurs occidentaux inquisiteurs, probablement en souvenir des répressions des missionnaires. Ce n'est qu'en regardant bien qu'on peut voir la flute qui fait normalement danser les masques animer une célébration religieuse catholique...

2.2- Méthodologie

2.2.1- Contexte et déroulement de la recherche

Notre problématique de recherche nous a mené à nous pencher, dans un premier temps, sur le rôle des différents acteurs sociaux qui ont permis l'offre des contraceptifs biomédicaux en milieu rural et les raisons globales et locales qui justifient leur offre et/ou leur demande au Burkina Faso. Dans un second temps, nous avons cherché à comprendre comment les contraceptifs hormonaux sont utilisés et réinterprétés par les populations rurales en lien avec leur conception du corps reproductif, de la famille et du rôle de l'homme et de la femme à ce sujet. Pour ce faire, un terrain de quatre mois dans la région de Nouna a été réalisé ainsi qu'un séjour de deux semaines dans la capitale, Ouagadougou. Lors du séjour à Ouagadougou, nous avons pu compléter notre revue de littérature grâce à

des recherches bibliographiques à l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou (ISSP), à la Direction de la Santé de la Famille (DSF) ainsi qu'au centre de documentation de l'Institut de Recherche en Développement (IRD). Nous avons également pu rencontrer et avoir des entretiens avec les représentants des différentes organisations impliquées au niveau de la PF dans le pays, soit Mme Roselyne Somé de l'ABBEF, Dr. Modeste Yerbanga de la CAMEG, M. Julien Tougouri de PROMACO et M. Siaka Traoré du FNUAP. Un entretien avec le Dr. Abel Bicaba nous a aussi permis d'en apprendre davantage sur les méthodes naturelles et traditionnelles au Burkina Faso. À Nouna, nous avons pu avoir des entretiens informels avec les infirmiers et les sages-femmes qui nous ont accueillis durant nos séjours dans les villages ainsi que des entrevues plus formelles avec Mamadou Toé, maïeuticien¹² au Centre de santé et de promotion sociale (CSPS)¹³ de Nouna, Honoré Sawadogo, responsable chargé de la santé de la reproduction dans l'Équipe cadre de district et Mamou Si, de l'Organisation à base communautaire *Kossi Ba Dé*. Nous avons également voulu rencontrer des représentants des différentes congrégations religieuses de la région et nous avons pu avoir des entrevues avec une responsable de la formation « préparation au mariage » de l'église catholique de Nouna, avec le catéchiste de Lekuy, l'imam de Ira et le muezzin de la mosquée wahhabite de Ira. Ce premier axe de recherche nous aura donc permis de dresser un portrait global de la situation de la planification familiale au Burkina Faso et de mieux comprendre le contexte des CSPS et les demandes locales ainsi que les réticences de certains groupements.

Concernant le second axe de recherche, une collecte de données de quatre mois basée sur des entrevues semi-dirigées a été menée dans sept villages du district sanitaire de Nouna, province de la Kossi. Notre collaboration avec le centre de recherche en santé de Nouna (CRSN), rendue possible grâce au professeur Gilles Bibeau, nous a permis non seulement d'avoir accès à certaines données démographiques pour le district, mais aussi d'entrer en contact, par le biais du médecin chef de district, avec le personnel médical des CSPS, notamment les infirmiers, mais aussi avec les populations qui connaissent bien le centre de recherche. En quelque sorte, le CRSN a été une porte d'entrée sur le terrain. Cette collaboration nous a aussi apporté un soutien scientifique dans la recherche et nos résultats partiels ont été présentés devant le comité du CRSN composé de sociologues et de

¹² Homme qui exerce le métier de sage-femme.

¹³ L'organisation du système de santé burkinabé sera expliquée en détail dans le chapitre 3.2.

médecins avec qui nous avons pu en discuter. Le projet de recherche a aussi dû passer par le comité éthique du centre et il a reçu son approbation le 2 octobre 2007.

Dans un premier temps, nous avons visité plusieurs CSPS de différents villages — nos déplacements étant effectués en motocyclette — afin de rencontrer le personnel médical des CSPS ainsi que les chefs de villages, informateurs villageois ou maires présents pour nous présenter et expliquer les objectifs de la recherche. Par la suite, nous avons séjourné de deux à cinq jours dans chacun des sept villages choisis accompagné de notre interprète et nous avons mené nos entrevues dans une des salles du CSPS ou parfois même dans les maisons des répondants. Les infirmiers et les sages-femmes qui nous ont hébergés durant ces séjours, mes « informateurs clefs », nous ont été d'une aide précieuse puisqu'ils nous ont permis de rencontrer les habitants des villages, ils nous ont aidé à trouver des répondants pour la recherche en plus d'avoir été une source d'information inépuisable. Nous avons résidé durant les quatre mois du terrain à Nouna, petite ville située au centre du district, dans la maison de passage du CRSN, mais la motocyclette nous a permis de se déplacer facilement et souvent entre les villages, parfois reliés par de minces routes en sable inaccessibles en voiture. Nous sommes donc retournés à plusieurs reprises dans certains villages, notamment pour des célébrations auxquelles nous avons été invitée ou tout simplement pour y revoir les gens rencontrés.

2.2.2- Choix des villages et des répondants

Le district sanitaire de Nouna, qui épouse les limites administratives de la province de la Kossi, comprend une clinique médicale avec antenne chirurgicale (CMA) à Nouna et 27 centres de santé et de promotion sociale (CSPS)¹⁴ répartis dans les villages du district; certains CSPS couvrant cinq villages alors que d'autres en couvrent jusqu'à 36 au niveau de l'intervention médicale. Nous avons donc choisi des villages où un CSPS était présent afin de pouvoir travailler avec les infirmiers dans le cadre de la clinique (voir Figure 7 pour la carte des CSPS du district de Nouna). Les CSPS ont été choisis afin de tenir compte de la diversité de la région et cela tant au niveau de l'emplacement géographique du CSPS, de la religion des répondants ou de leur origine ethnique. Nous avons également choisi les CSPS selon les taux de prévalence contraceptive afin de saisir la diversité entre les différents

¹⁴ Voir chapitre 3.2 sur l'organisation du système de santé burkinabé.

sanitaires comme Barani ou Ira couvrent plus de 30 villages pour une population totale au delà de 20 000 habitants alors que d'autres formations sanitaires ne couvrent que cinq villages pour une population totale d'environ 5 000 habitants. Ce manque de couverture sanitaire fait en sorte que certaines formations de santé ont plus de la moitié de leur population située à plus de 10 km du CSPS (à Barani, il s'agit de 71% et à Lekuy 80% de la population !). Le problème de l'évacuation médicale, liée de près à la mortalité maternelle notamment, demeure donc central dans la région de la Kossi et le manque de CSPS et de personnel médical est flagrant dans certaines régions comme celles d'Ira et de Barani. Les taux de fréquentation des services médicaux varient aussi beaucoup entre ces CSPS. À titre d'exemple, le nombre d'accouchements réalisés en clinique n'est que de 13,71% à Ira alors qu'il est de 59,81% à Bagala et le taux de consultation prénatale est de 14,5% à Ira alors qu'il est de 106,4% à Bourasso (voir Tableau IV).

Tableau IV : Accessibilité géographique des formations sanitaires et couverture obstétricale et prénatale

Formations sanitaires	Distance CSPS-Nouna (Km)	Nombre de villages couverts	Population totale	Population à plus de 10 km (%)	Couverture Obstétricale (%)	Taux de consultation prénatale (CPN1)
Bagala	1	5	4 779	0	59,81	92,3
Barani	65	36	24 739	71,68	17,22	50,2
Bourasso	25	6	4 120	30,56	45,37	106,4
Dara	18	5	7 720	0	42,49	81,1
Ira	115	32	27 020	56,17	13,71	14,5
Koro	35	11	11 275	39,57	24,55	82,0
Lekuy	32	8	4 740	79,48	16,89	41,3

Source : Équipe cadre de district (ECD), 2006

Au niveau de la composition ethnique des villages (voir Tableau V), nous avons choisi quatre villages bwaba : Bagala, Bourasso, Dara et Lekuy, deux villages dafi : Koro et Ira et un village peul : Barani. Il faut noter par contre une proportion importante de Mossi dans les villages de Dara, Koro et Lekuy, les Mossi ayant tendance à créer leur quartier dans les villages. Les villages bwaba sont donc principalement catholiques ou protestants

alors que les villages peul ou dafi sont majoritairement musulmans. À Ira, il faut noter une importante population de confession wahhabite, une secte plus stricte de l'Islam.

Tableau V : Statistiques du DSS pour les villages : composition des ménages

CSPS	Ménages	Enfants <15	Adultes	Taille moyenne des ménages	Distribution ethnique des chefs de ménage					
					Bwa	Daf	Mos	Plh	Sam	Aut
Bagala	185	643	653	7	178	0	1	2	0	4
Bourasso	309	926	1037	6	294	11	2	0	0	2
Dara	289	1161	1253	8	220	24	33	7	2	3
Barani	Données non existantes									
Ira										
Koro	236	1193	1432	11	4	145	69	15	2	1
Lekuy	109	472	471	9	62	0	34	9	0	4

Source : collecte des NEEV 3 débutée le 31 janvier 2007 et terminée le 21 mai 2007, CRSN

La prévalence contraceptive varie aussi énormément entre les CSPS, passant d'à peine 2% à Ira à 9% et 10% à Lekuy et Koro pour atteindre 27% et 32% à Dara et Bourasso (Tableau VI). La grande proportion de méthodes traditionnelles utilisées à Barani est dû à l'utilisation d'une corde spéciale fournie par les marabouts contre la fécondité et les CSPS où l'utilisation de l'implant est nulle sont ceux où les infirmiers n'ont pas encore reçu la formation pour insérer le Norplant. Quant au stérilet, il n'est pas disponible dans les villages puisque les infirmiers ne sont pas formés pour l'insérer. On remarque aussi la forte prévalence de l'utilisation des injectables au détriment de la pilule.

Tableau VI : Taux de prévalence contraceptive en 2007

Formation sanitaire	Naturelle	Pilule	DIU	Injection	Implant	Total	Population cible	Prévalence contraceptive
Bagala	0	0	0	105	3	108	851	13%
Barani	187	58	0	285	23	553	4 404	13%
Bourasso	0	39	0	190	7	236	733	32%
Dara	0	166	0	194	17	377	1 374	27%
Ira	0	56	0	34	4	94	4 810	2%
Koro	0	77	0	122	0	199	2 007	10%
Lekuy	0	11	0	69	0	80	844	9%

Source : District sanitaire de Nouna, 2007

Ira, autant à cause de son éloignement géographique que de la présence d'une forte population dafi de religion wahhabite, est le village de la province qui affiche les plus bas taux de prévalence contraceptive. Il nous a été facile de sentir, dans les propos des répondants qui utilisaient la PF à Ira, et pour la plupart ils n'étaient pas autochtones de la région, un climat de peur et de tabous. Nous n'avons pas été très bien accueillis dans le village, il nous a été impossible de rencontrer des répondants wahhabites et les quelques répondants étrangers que nous avons pu rencontrer dans le village nous ont clairement fait comprendre qu'ils ne désiraient pas que leur démarche contraceptive soit dévoilée et que le village était fermé à la PF et à l'intervention des infirmiers en général. Les femmes wahhabites sont vêtues de noir de la tête au pieds et voilés, elles ne peuvent circuler seules sans l'autorisation de leur mari et le contact avec les infirmiers est difficile, d'où les préjugés sur les femmes étrangères dans le village qui n'adoptent pas le même mode vestimentaire et les mêmes tabous, comme certaines répondantes que nous avons rencontrées et qui ont avouées avoir peur qu'on les chasse du village si elles essayaient de parler de PF avec les autres femmes pour les sensibiliser.

Dans d'autres villages comme Koro, village majoritairement dafi et musulman, ou Lekuy, village bwaba très catholique, bien qu'on ne sente pas le même climat de peur qu'à Ira, la communauté semble plus ou moins approuver la PF, et le sujet est, en tout cas, tabou. La plupart des répondantes de ces deux villages nous disaient que seul leur mari était au courant de leur démarche, que c'était un secret, et que les gens ne parlaient pas de ça dans les causeries. Du côté des hommes, ceux-ci préféraient suivre l'opinion générale: approuver

si les gens en parlaient en bien ou ne rien dire si on en parlait en mal, mais en tout cas, ils ne révélaient jamais le fait qu'eux-mêmes l'utilisait. Il semblerait que les villages dafi soient généralement moins ouverts à la PF et dans le cas de Lekuy, l'influence de la religion catholique peut expliquer en partie les réticences. À Barani, le seul village peul de notre étude, la présence de nombreuses organisations à base communautaires (OBC) et de projets locaux et le dynamisme du village font en sorte que les gens semblent habituer à coopérer avec le personnel médical et malgré le fait que plusieurs femmes viennent faire la PF à l'insu de leur mari car les hommes sont encore très réticents à ce sujet, une certaine ouverture se fait sentir. Mais c'est sans doute dans les villages bwaba, autres que Lekuy, que nous avons pu sentir la plus grande ouverture par rapport à la PF : tous nous ont affirmé que le sujet était abordé couramment dans les causeries. Il est vrai que ces villages sont situés très près de la ville (voir Figure 6) et ont été beaucoup exposés aux campagnes de sensibilisation, mais selon les dires des intervenants médicaux de la province de la Kossi, les Bwaba se sont toujours montrés très coopérants par rapport aux programmes de sensibilisation et ouverts à la planification familiale.

Nous avons choisi environ dix répondants par CSPS selon trois groupes d'enquête : le **premier groupe** étant composé de femmes qui consultent le CSPS pour la planification familiale et utilisent l'injection, l'implant ou la pilule. Parmi celles-ci, certaines prenaient des contraceptifs à l'insu de leur mari et nous nous sommes assurés avec les infirmiers de les faire venir à la clinique pour d'autres raisons afin de ne pas laisser savoir à leur mari la raison de leur venue à la clinique. Le **deuxième groupe** était formé d'hommes dont la femme consulte pour la planification familiale et qui sont au courant et approuvent la démarche contraceptive de leur femme. Quant au **troisième groupe**, il était composé d'hommes et de femmes qui n'utilisent pas la PF ou qui sont plutôt réticents par rapport à son utilisation.¹⁵ Nous avons eu 29 répondantes pour le premier groupe, 13 répondants pour le second et 22 répondants (14 hommes et 8 femmes) pour le troisième groupe, pour un total de 64 répondants. La répartition des répondants par CSPS et par groupe d'enquête

¹⁵ Dans tous les cas, ce sont les sages-femmes et les infirmiers qui nous ont aidé à trouver des répondants, parfois avec l'aide de l'informateur villageois. Nous sommes conscients du biais de sélection des participants, mais la nécessité de travailler en collaboration impose certaines contraintes liées à la structure sociale et la question du « pouvoir médical » sera d'ailleurs abordée tout au cours de ce mémoire afin de contextualiser nos données. De plus, le but n'est pas un recensement "représentatif" de la population, mais l'identification d'informateurs "clés" et en ce sens, notre méthodologie nous a permis d'obtenir une diversité de points de vue.

figure dans le Tableau VII et la liste complète des répondants et de leurs caractéristiques sociodémographiques apparaît en annexe dans le Tableau VIII. Comme nous n'avons pas fait de récits de vie, mais plutôt des entrevues semi-dirigées et que le sujet d'enquête était assez précis, les entrevues ne duraient pas plus d'une heure et il nous a été possible d'en faire beaucoup (par rapport à la moyenne dans la discipline) et surtout d'acquérir de l'expérience au courant des entrevues et de se familiariser avec le sujet, les dernières entrevues ayant plus de profondeur que les premières.

Tableau VII : Répartition des répondants par CSPS et par groupe d'enquête

CSPS	Groupe 1 (Femmes avec PF)	Groupe 2 (Hommes avec PF)	Groupe 3 (N'utilisent pas la PF)		Total
			Femmes	Hommes	
Bagala	6	2	0	3	11
Barani	4	2	2	2	10
Bourasso	5	2	1	1	9
Dara	4	2	2	1	9
Ira	5	1	0	2	8
Koro	3	2	2	2	9
Lekuy	2	2	1	3	8
Total	29	13	8	14	64

Nous avons choisi à peu près autant de répondants masculins que féminins, car une partie importante de notre étude porte sur les relations de genre dans la prise de décisions et les négociations concernant la fécondité et il est selon nous primordial de tenir compte des deux points vue à ce sujet ; nous considérons qu'il y a des lacunes dans les enquêtes démographiques ou anthropologiques sur la PF qui ne s'adressent qu'aux femmes. Le choix d'avoir recours à des répondants qui n'utilisaient pas les contraceptifs et qui parfois étaient même plutôt en désaccord avec la PF s'explique par plusieurs raisons. Tout d'abord, ils ont été essentiels pour comprendre davantage le contexte burkinabé de la fécondité et de la famille. Ensuite, ils ont pu amener des éléments intéressants à travers leurs opinions, positives ou négatives, sur les gens de leur entourage qui utilisent les contraceptifs. Cela nous a permis en partie de comprendre certaines réticences par rapport à la PF. Nous avons dû toutefois faire face à un problème méthodologique concernant le groupe 3 puisque beaucoup des répondants n'osaient pas dévoiler leurs idées et nous assuraient qu'ils utilisaient des contraceptifs alors que ce n'était pas le cas (selon le personnel médical). Les

entrevues ayant lieu dans la clinique, nous avons pu ainsi sentir la pression du pouvoir médical sur les répondants qui s'abstenaient en début d'entrevues d'exprimer des idées allant contre celles véhiculées par les campagnes de sensibilisation en cours. Nous reviendrons sur ce sujet dans le chapitre 3.3, mais le fait de se rendre compte de cette situation nous a permis d'améliorer notre approche en entrevue. Finalement, le fait d'avoir des répondants qui ne prenaient pas de contraceptifs a aussi permis de conserver la confidentialité de ceux qui en prenaient puisqu'il devenait difficile de distinguer les uns des autres. Malgré les meilleures intentions de confidentialité, tout le village était souvent mis au courant dès notre arrivée du fait que nous travaillions sur la planification familiale et si nous n'avions pris en entrevue que des femmes qui consultent pour la PF, certaines auraient pu être ainsi facilement dévoilées, ce qui n'était pas souhaité dans certains cas.

Les caractéristiques sociodémographiques des 64 répondants (en annexe dans le Tableau VIII) sont résumées dans le Tableau IX. Il importe de souligner que certaines données, notamment toutes celles qui ont trait à l'âge, peuvent être faussées. En effet, beaucoup de répondants ne connaissaient pas leur âge ni celui de leurs enfants et certains hommes âgés ne savaient pas le nombre d'enfants qu'ils avaient eu. Plusieurs méthodes ont été employées dans ces situations comme de demander à un intermédiaire ou de partir des données que le répondant connaissait (comme l'âge auquel il s'était marié, combien d'années après le mariage il avait eu son premier enfant et en quelle année scolaire sont inscrits ses enfants, par exemple) pour en déduire d'autres informations.

Tableau IX : Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Origine ethnique		Religion		Age		Scolarité		Statut matrimonial	
Bwaba	50%	Musulman	50%	20-29	33%	Aucune	37%	Marié	95%
Dafi	22%	Catholique	38%	30-39	30%	1-3 ans	5%	Veuf	3%
Mossi	9%	Protestant	9%	40-49	27%	4-6 ans	36%	Divorcé	2%
Peul	8%	Animiste	3%	+ 50	11%	+ 6 ans	5%	Monogame	66%
Autre	11%					Coranique	16%	Polygame	34%

Parmi nos répondants, 58% sont des femmes et 42% des hommes. La moyenne d'âge des répondants est assez élevée et il a été difficile de trouver de jeunes répondants pour plusieurs raisons. D'abord peu de jeunes en milieu rural utilisent les contraceptifs, ce sont surtout les plus âgés qui viennent consulter pour la PF, en fin de vie reproductive¹⁶. De plus, les jeunes sont souvent moins volontaires pour venir participer aux entretiens, notamment parce qu'ils travaillent davantage aux champs ou sont plus occupés avec les enfants et peuvent moins facilement se déplacer. Finalement, beaucoup de jeunes femmes prennent des contraceptifs à l'insu de leur mari et il est donc difficile de les rencontrer en entrevue sans que le mari ne soit mis au courant, la plupart préfèrent d'ailleurs nier qu'elles utilisent des contraceptifs. Parmi nos répondantes qui prenaient des contraceptifs, 7 sur 29, soit 24% le faisait ou l'avait déjà fait à l'insu de leur mari. L'âge moyen lors du mariage pour les femmes était de 17,7 ans et de 23 ans pour les hommes, ce qui est relativement précoce. Les femmes ont eu leur première grossesse en moyenne à 18,8 ans ; le nombre moyen d'enfants par femme, en comptant celles qui n'ont pas terminé leur vie reproductive, est de 5,6 et le nombre moyen d'enfants décédés de 1,2 : ce qui fait un nombre moyen de grossesses par femme de 6,7. L'espacement moyen entre les enfants des répondantes est de 2,1 ans, durée assez courte, d'autant plus si on considère que la majorité de ces répondants utilisent des contraceptifs : ceux-ci ne sont donc pas utilisés en vue d'une réduction de la fécondité (nous élaborerons davantage cet aspect au cours des prochains chapitres). Par rapport à l'utilisation contraceptive, parmi nos répondants qui pratiquent la PF, 78% utilisent ou ont utilisé l'injection, 45% l'implant, 33% la pilule et 3% le DIU, les méthodes injectables étant nettement plus utilisées en milieu rural que les autres méthodes.

Comme il ne s'agit pas d'une étude démographique, nous ne chercherons pas à comparer les différents facteurs qui influent le choix contraceptif, nous avons d'ailleurs eu l'occasion de critiquer certains aspects de cette approche dans le chapitre 1.2.2, mais nous chercherons plutôt à comprendre les tendances générales qui ressortent du discours des répondants en milieu rural en ce qui a trait à la planification familiale tout en tenant compte, lorsque nécessaire, des différences individuelles et sociodémographiques entre nos répondants. Il sera intéressant par contre de comparer le discours des répondants qui ont déjà utilisé des contraceptifs avec celui de ceux qui n'en n'ont jamais senti le besoin ainsi que le discours des plus jeunes par rapport aux plus âgés. En effet, nous aurons l'occasion

¹⁶ Données tirées de nos entretiens et entretiens avec le personnel médical.

de voir, notamment dans le chapitre 5, que les plus jeunes n'utilisent pas les contraceptifs pour les mêmes raisons que les plus âgés et leur discours permet d'entrevoir certains changements au niveau des valeurs et des conceptions de la famille. Cette comparaison intergénérationnelle permet donc de donner une profondeur diachronique à notre étude et de mieux comprendre l'interaction entre les nouvelles technologies contraceptive et les populations locales à travers le temps ainsi que la dynamique du changement social (sujet qui a été abordé dans le chapitre 1.2.1 et sur lequel nous reviendrons au courant des prochains chapitres).

2.2.3- Déroutement des entrevues

Les entrevues ont eu lieu pour la plupart en *dioula*, la langue véhiculaire de la région, et parfois en français ou dans la langue locale des Bwaba, le *bwamu*. Nous avons donc eu recours à une interprète qui nous accompagnait dans nos déplacements et avec qui nous avons séjourné dans les villages. Il s'agissait d'une jeune femme dafi musulmane de Nouna qui elle-même utilisait la PF et qui avait une bonne expérience de travail communautaire (programme d'alphabétisation) dans les villages de la province qu'elle connaissait bien. Toutefois, elle ne parlait pas le *bwamu* et nous avons dû avoir recours à d'autres interprètes à quelques reprises dans certains villages bwaba : des bénévoles à la maternité ou des sages-femmes ainsi qu'un informateur villageois et un pharmacien, tous travaillaient dans le contexte du CSPPS et nous avons d'abord discuté avec eux des questions de confidentialité. Les entrevues avaient lieu dans le CSPPS et parfois à domicile selon les préférences de certains répondants. Les objectifs de la recherche ont été expliqués à chaque répondant à qui nous avons aussi demandé le consentement verbal ou écrit (voir Annexes 1 et 2) ainsi que l'autorisation d'enregistrer les entrevues. Des noms fictifs étaient attribués à chaque répondant à la fin des entrevues avec l'aide de notre interprète et aucun nom original n'a été conservé, les répondants ont été mis au courant de cette procédure. La retranscription des entrevues a eu lieu sur le terrain.

Les entrevues étaient divisées en deux parties : dans un premier temps (environ 15 minutes), des questions courtes étaient posées afin de remplir une fiche de renseignement (Annexe 3) et pour connaître le parcours contraceptif et reproductif des répondants ainsi que leur situation familiale. Dans un deuxième temps, un entretien d'environ 30 minutes (durée variable) avait lieu avec les répondants sur différents sujets reliés à la PF et avec

deux axes d'enquête : le premier portant sur le rapport entre les technologies contraceptives, le corps féminin et la fécondité et le deuxième portant sur les rapports de genre dans les décisions liées à la fécondité. Un exemple des questions qui guidaient les entrevues (canevas d'entrevue) figure dans l'Annexe 4. Nous y avons mis seulement le canevas d'entrevue pour les répondantes du Groupe 1 pour éviter les répétitions inutiles ; les deux autres canevas d'entrevue pour le Groupe 2 et 3 étant assez similaires. Il importe de préciser que ces questions ne faisaient que guider les entrevues et furent de moins en moins utilisées au cours de la recherche, la période d'entretien ayant tendance à s'adapter aux éléments apportés par les répondants. De plus, les entrevues touchaient parfois à des sujets délicats ou tabous et le canevas d'entrevue changeait lorsque le répondant ne se sentait pas à l'aise avec certaines questions.

3 - PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

3.1- Politiques nationales en matière de planification familiale

Nous avons pu suivre dans le chapitre 1.1.2 l'évolution des politiques des gouvernements africains en matière de fécondité et constater que la planification familiale, d'abord rejetée en faveur du développement, est maintenant dans tous les agendas politiques : depuis la conférence du Caire, le débat s'est déplacé en quelque sorte d'un focus sur l'accroissement rapide de la population aux moyens acceptables pour ralentir cet accroissement. Depuis la conférence d'Arusha en 1984 et la déclaration de Dakar/Ngor en 1992, prélude à la CIDP de 1994, un tournant a été amorcé en matière de fécondité et, alors qu'en 1976 le Burkina Faso considérait le taux de fécondité de sa population satisfaisant, en 1990 ce taux était jugé trop élevé et exigeait une intervention rapide (Congo, 2007). Nous avons déjà eu la chance de comprendre les raisons historiques et économiques qui justifient ce virage politique.

Au niveau du Burkina Faso¹⁷, dans l'AOF coloniale, la loi française de 1920, qui a bénéficié d'un additif par l'ordonnance de 1970, interdisait de manière absolue l'avortement et la diffusion des contraceptifs et a marqué l'environnement législatif du pays (le but de cette loi était d'ailleurs de lutter contre la dénatalité au sortir de la guerre dans un contexte que nous avons eu l'occasion de comprendre avec Meillassoux dans le chapitre 1.1.2). En 1978, comme les autres membres de l'OMS, le Burkina Faso souscrit à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaire et dont la composante Santé maternelle et infantile (SMI) comprend un volet planification familiale (PF), mais jusqu'en 1984, aucune disposition particulière n'est prise dans le sens d'un changement et ce n'est qu'à ce moment que la loi de 1920 commencera à être révisée pour finalement être rejetée en 1986 au profit d'une politique nationale en matière de PF. En 1985 commence la prestation de services de PF grâce à l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF) qui aura un rôle déterminant dans l'application des décisions législatives. Il est important de noter que c'est durant le mandat de Thomas Sankara (1983-1987), révolutionnaire burkinabè qui a été assassiné par son successeur toujours au pouvoir, Blaise Compaoré, que ces projets au niveau de la PF voient le jour et qu'un plan national est adopté. Des textes internationaux en faveur de la femme sont également ratifiés durant cette

¹⁷ Toutes les données historiques et législatives de ce paragraphe proviennent de Congo (2007), Kobiane (2000), Locoh (1996) et DSF (1996).

période et l'éducation sexuelle est introduite dans l'enseignement secondaire en 1987. En 1991, un texte officiel portant sur la SMI/PF et axé surtout sur une baisse de fécondité de 10% tous les cinq ans, une augmentation de la prévalence contraceptive à 60% et une diminution de la mortalité infantile institue la Politique de Population du Burkina Faso, mais ce texte sera abrogé en 2000 pour la Politique Nationale de Population du Burkina Faso, l'idée de Santé reproductive (SR) ayant été adoptée entre temps lors de la CIDP. Parmi les objectifs de la politique nationale de 2000 : offrir des services de santé reproductive intégrés, mettre une large gamme de contraceptifs à coûts abordables à la disposition des populations, promouvoir l'éducation à la vie familiale et sexuelle dans les structures d'enseignement, développer des services à base communautaire et accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 6% en 1998 à 19% en l'an 2015.

Au niveau des partenaires nationaux en matière de PF au Burkina Faso, on compte l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF), l'Association burkinabè des sages-femmes (ABSF) et l'Association pour l'action familiale (APAF). L'ABBEF, dont le principal bailleur de fonds et qui lui fournit les contraceptifs est l'IPPF (chapitre 1.1.2), a été la première organisation à distribuer des contraceptifs au Burkina Faso, mais ce sont surtout les populations urbaines qui ont bénéficié de ses activités. Créée en 1979, elle s'est d'abord occupée des complications au niveau de l'avortement illégal et a lutté pour les droits des femmes avant de se lancer dans le domaine des contraceptifs et d'en offrir, dans la clandestinité, de 1981 à 1985. Elle possède aujourd'hui six cliniques dont deux à Ouagadougou et continue à faire de la sensibilisation, à véhiculer de l'information et à offrir des contraceptifs, surtout les préservatifs, la pilule et le DIU, mais l'IPPF lui procure une gamme plus large de pilules (Microgynon, Néogynon) qu'au niveau national, bien que cela tende à changer puisque le rôle de l'IPPF s'est affaibli depuis le virage américain.¹⁸

Au niveau de l'assistance internationale, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) demeure le principal bailleur de fonds et décideur dans l'élaboration des programmes avec ses partenaires principaux, soit la Banque Mondiale, l'USAID, l'OMS et quelques autres gouvernements dont la coopération technique allemande (GTZ). Dans le rapport 2006-2010 du FNUAP pour le Burkina Faso, 18 millions de dollars US étaient accordés dont 10 millions pour la santé procréatrice, 3,7 pour la section population et développement et 2,7 pour la parité des sexes (FNUAP, 2005). Quant à l'USAID, il a

¹⁸ Informations obtenues lors de notre entrevue avec Mme Roselyne Some de l'ABBEF. Voir chapitre 1.1.2 concernant le contexte du « virage américain ».

notamment financé le programme des enquêtes démographiques et de santé (EDS) (Locoh, 1996). La GTZ avait une implication importante, notamment dans notre district, au niveau de la distribution de contraceptifs et de médicaments, mais ses activités sont en pente régressive dû à son récent retrait de la région (ÉCD, 2006). Du côté de la Banque Mondiale, une série d'études sur le programme national de santé ont mené à un investissement de 35 millions de dollars pour la décentralisation du système de santé et l'élaboration de l'approche par district (Pictet, 1999).

Le Burkina Faso a subi durant les années 80 une série d'ajustements structureaux, dictés principalement par le FMI, qui ont entre autre contribué à dévaster le système de santé local et permis un libre accès aux entreprises privées et aux compagnies pharmaceutiques. Harvey (2003) parle d'ailleurs « d'accumulation par dépossession » et propose un modèle où l'Afrique n'est pas vue comme marginalisée face à l'expansion uniforme du capitalisme, mais plutôt comme intégrée dans un modèle capitaliste qui la vide de ses richesses, la dépossède afin d'augmenter le flux de capital en circulation. Le retrait de l'État dans le domaine de la santé et l'augmentation de l'intérêt des donneurs internationaux pour certains problèmes (notamment la PF) au détriment de d'autres ont donc contribué à la détérioration du système de santé et à la nécessité de le restructurer. C'est ainsi qu'un processus de décentralisation eut lieu à partir des années 80, dans un contexte de pauvreté généralisée de la population où la seule solution sembla être la décentralisation du système de santé afin de répondre aux besoins locaux des différentes communautés. Le Burkina Faso entama donc progressivement une déconcentration du système de santé en 1983 qui se poursuivit jusqu'en 1995.¹⁹ 55 districts et 11 régions sanitaires furent créés et quatre niveaux d'intervention, les CSPS (Centre de Santé et de Promotion Sociale), les CMA (Clinique médicale avec antenne chirurgicale), les CHR (Centre hospitalier régional) et les CHN (Centre hospitalier national) furent instaurés. Malgré l'amélioration de la couverture géographique des infrastructures sanitaires grâce aux CSPS, leur utilisation demeure très faible étant donné la mauvaise qualité des services, le manque de formation du personnel, les pénuries de ressources, la mauvaise répartition du personnel, le manque de médicaments et la diminution du pouvoir d'achat de la population, mais aussi l'accueil que les populations reçoivent lors de leur consultation. La

¹⁹ Informations tirées des documents du Centre de Recherche en Santé de Nouna (CRSN) et de nos discussions sur le terrain. Pour plus de d'informations sur l'ajustement et les réformes du système de santé au Burkina Faso, voir Nougara et al, 2007.

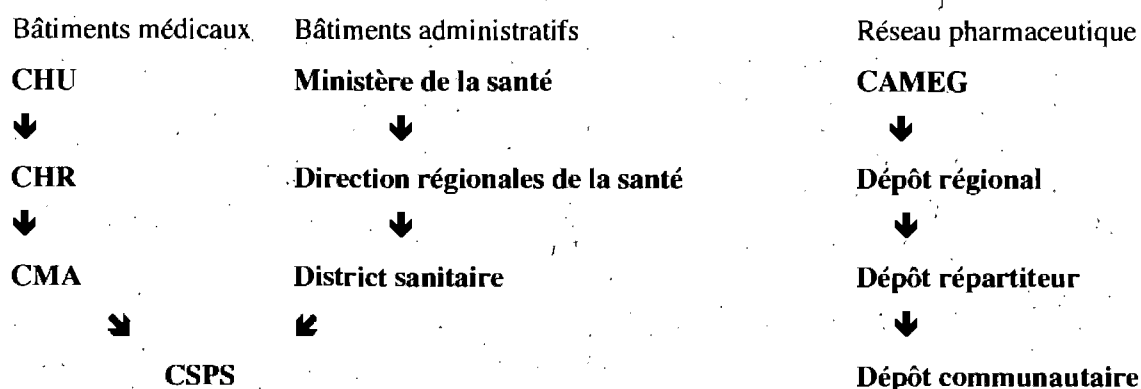
décentralisation a toutefois permis d'impliquer davantage les communautés dans les décisions et de nouvelles organisations se sont formées, comme les Comités de gestion (COGES) et les informateurs villageois, présents dans chaque village et qui servent d'interface entre l'équipe cadre de district (ÉCD) composée du médecin chef et de huit membres et les communautés. Des Organisations à base communautaires (OBC) qui emploient des bénévoles ont également été mises en place, l'organisation *Kossi Ba Dé* en étant un exemple. L'équipe cadre de district rencontre donc le COGES et les infirmiers des CSPS deux fois par année pour élaborer des plans d'action et ceux-ci devraient en théorie faire le relai avec les populations, mais certains problèmes surviennent. Selon le rapport du district de Nouna, (ÉCD, 2006), la participation communautaire, qui était l'élément central devant permettre une autonomie des communautés et qui impliquait la mobilisation autour des activités et la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines, n'est pas satisfaisante. Le problème est la définition même de cette participation, le manque de formation des agents pour la mobilisation et la communication, mais aussi la démotivation de certains membres comme ceux du COGES qui n'ont pas de rémunération établie pour leur rôle. Il semblerait que la décentralisation des soins de santé au Burkina Faso n'ait pas été accompagnée des moyens financiers nécessaires et la plupart des formations sanitaires ne peuvent avoir une autonomie satisfaisante. La pauvreté persistante de la région demeure un frein aux initiatives communautaires dont il importe de tenir compte.

3.2- Structure du réseau de santé, distribution et financement des contraceptifs

Le système de santé est structuré en quatre paliers d'intervention médicale, comme on peut le voir dans la Figure 8, les CSPS se trouvant à la base, près des populations des milieux ruraux, mais ces centres ne disposent pas de médecins. Dans la plupart des cas, un infirmier chef de poste, un second infirmier et une sage-femme sont présents par CSPS quoique dans certains cas, un seul infirmier est présent (comme à Bagala) ou il n'y a pas de sage-femme (comme à Ira). Le manque de personnel et de matériel médical est flagrant dans les CSPS. Le DIU, par exemple, n'est pas offert parce que les infirmiers n'ont pas reçu la formation pour l'insérer et le Norplant n'est pas offert dans tous les CSPS pour les mêmes raisons. La plupart des femmes des milieux ruraux n'ont donc pas assez d'informations sur les différents contraceptifs existants et à titre d'exemple, 64% de nos

répondants n'avaient jamais entendu parler du stérilet, mais tous semblaient connaître l'injection Dépo-Provera.

Figure 8 : Structure du réseau de santé et du réseau pharmaceutique



Le système pharmaceutique est calqué sur le même modèle que le système de santé : des dépôts communautaires sont présents au sein des CSPS et s'approvisionnent auprès des dépôts répartiteur de district qui eux-mêmes s'approvisionnent auprès des quatre grands dépôts régionaux de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Fada et Ouahigouya. C'est la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) du ministère de la Santé burkinabè qui est en charge de distribuer les médicaments et les contraceptifs aux dépôts régionaux selon les demandes des districts et ce depuis 2001 — avant c'était la Direction de la santé de la famille (DSF) qui distribuait les contraceptifs. La DSF reçoit donc les contraceptifs des partenaires internationaux (le FNUAP) et les envoie directement à la CAMEG.²⁰ Ce dispositif de distribution public est complété par le circuit du secteur privé à but non lucratif qui comprend l'ABBEF et PROMACO, association constituée en 2003 qui a pris la relève du Population Services International (PSI) dans l'exécution du projet de marketing social des condoms mis en œuvre depuis 1991 et dont le fournisseur est basé en Allemagne²¹, et par le circuit du secteur privé à but lucratif représenté par les officines privées et les centrales d'achat (Sonapharm, Cofadix et Laborex). Le pays compte au total près de 1200 dépôts publics et environ 500 dépôts privés, ceux-ci obtiennent leurs produits

²⁰ Informations obtenues lors de notre entrevue avec le Dr Modeste Yerbanga de la CAMEG.

²¹ Informations obtenues lors de notre entrevue avec M. Julien Tougouri de PROMACO.

auprès des grossistes privés.²² Le secteur public domine l'offre des méthodes hormonales avec 98% du marché national et le secteur privé domine le marché des préservatifs à 95%. Les contraceptifs offerts dans le secteur public sont le Dépo-Provera, une injection renouvelable tous les trois mois, le Norplant, cinq petits bâtonnets que l'on insère de manière sous-cutanée dans le bras et pour une durée de quatre à cinq ans, les pilules Ovrette et Lo-Femenal et les préservatifs masculins et féminins. Les prix pratiqués au niveau du secteur public sont réglementés par arrêts ministériels depuis 2000 et une forte subvention au-delà de 60% pour l'ensemble de ces produits permet de parvenir à un prix de vente au consommateur assez bas, comme on peut le voir dans le Tableau X : le taux moyen de subvention est de 75,71%. La marge plafond des grossistes répartiteurs de district est fixée à 25% du prix de revient de ces médicaments et la marge maximale tolérée pour les formations sanitaires est de 10% (Tableau X). Nous avons pu remarquer que l'attitude des formations sanitaires varie d'une localité à une autre quant au prix de cession aux utilisatrices, certaines formations les cèdent au prix obtenu, d'autres les cèdent avec une majoration.

Tableau X : Prix des contraceptifs en francs CFA et taux de subvention

Désignation	Coût de revient réel des produits	Prix de cession CAMEG	Prix de cession District	Prix de vente formation sanitaire	Taux de subvention
Norplant	16 600	600	750	1000	97,01%
Dépo-Provera	686,38	300	375	500	63,80%
Lo-Femenal	160,86	60	75	100	69,11%
Ovrette	175,45	60	75	100	71,78%
DIU	1 098,06	500	600	800	62,29%
Condom ♂	17,81	5	5	10	76,75%
Condom ♀	466,12	60	75	100	89,34%

Source de données : Capo-Chichi et Tougouri (2007)

* Un dollar canadien = environ 400 FCFA

²² Toutes les informations qui suivent sont tirées de l'étude qui vient tout juste de paraître (2007) et publiée par PROMACO : « Segmentation du marché des contraceptifs au Burkina Faso » par Capo-Chichi et Tougouri ainsi que de Ouédraogo (1996). Ce dernier constatait en 1996 qu'aucun document décrivant la politique nationale d'approvisionnement et de vente de produits contraceptifs n'existait et l'étude de PROMACO est la première étude exhaustive sur le sujet, nous l'avons obtenu auprès de M. Tougouri.

Au niveau du secteur privé, le choix offert est très réduit et composé principalement de préservatifs et de pilules, la gamme de contraceptifs oraux offerts étant par contre beaucoup plus large que dans le public, mais les prix semblent hors de portée pour la plupart des femmes burkinabè (ils se vendent tous au-delà de 500 FCFA). Pour les préservatifs, les organisations de lutte contre le SIDA ont pris le pas sur le circuit étatique et les condoms, surtout en provenance de PROMACO, sont stockés et distribués dans les bars et les boutiques.

3.3 - Le pouvoir médical et les pressions de la communauté

Quand on se penche sur la question de la planification familiale en milieu rural, au Burkina Faso, on constate que deux forces principales, plus ou moins en opposition, s'affrontent dans le cadre de la rencontre clinique et lors des décisions que prennent les individus concernant l'utilisation (ou la non utilisation) des contraceptifs.²³ D'un côté, le **pouvoir médical** est omniprésent et s'incarne autant à travers les infirmiers et les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qu'à travers les multiples campagnes de sensibilisation. Ce pouvoir médical vient de l'extérieur, il représente la modernité, le changement et amène avec lui des concepts nouveaux :

Avant on ne comprenait pas, comme les infirmiers se sont mis à parler de ça, on a compris que la PF c'est une bonne chose, la famille va avoir la liberté, les enfants vont avoir la liberté, la femme va avoir la liberté. (Justine²⁴, 29 ans)

Les infirmiers eux-mêmes proviennent, pour la majorité, de la capitale ou des villes et sont surtout Mossi, l'ethnie principale du Burkina Faso²⁵. Ils sont vus comme des étrangers par les populations autochtones et une période d'adaptation et d'intégration (notamment l'apprentissage de la langue locale) leur est nécessaire pour accomplir leur travail. Cette intégration ne se fait pas toujours facilement étant donné les conflits culturels et les différences de valeurs, de mode de vie, d'éducation et de milieu, d'autant plus qu'elle doit se faire rapidement puisque ces jeunes infirmiers ne demeurent jamais plus de trois ans

²³ L'interaction entre le pouvoir médical et les pressions de la communauté décrite dans ce chapitre est résumée dans le schéma de la Figure 9, en annexe.

²⁴ Tous les noms utilisés dans ce mémoire sont des noms fictifs afin de respecter la confidentialité des répondants.

²⁵ Les infirmiers font leur formation en ville et sont ensuite envoyés durant les premières années de leur carrière en milieu rural. Parmi les 15 infirmiers rencontrés, un seul était originaire de la région.

dans les CSPS ruraux avant d'obtenir un poste à la ville. Les infirmiers sont donc à la fois des vecteurs d'information entre la ville et la campagne et les représentants de la modernité, du changement, du progrès, le résultat concret de l'aide que le gouvernement apporte à la population rurale. Toutefois, ces infirmiers débutent leur carrière et sont envoyés dans un contexte qu'ils connaissent mal, dans des conditions difficiles et loin de leurs proches et de leur famille en plus de subir beaucoup de pression par rapport à leurs rendements.

Quant aux CSPS, ils ont tous été construits assez récemment, durant la période de décentralisation des années 80 qui a suivi les ajustements structurels du FMI, ils sont encore peu fréquentés et très mal équipés, autant en matériel médical qu'en personnel, mais ils possèdent des objectifs définis de développement, notamment augmenter les accouchements assistés, diminuer la mortalité infantile, augmenter la couverture vaccinale, augmenter l'adhérence aux programmes de PF, améliorer le suivi mère/enfant, faire le dépistage pour le VIH/SIDA, objectifs qui doivent être atteints dans de courts délais pour se conformer aux plans d'action gouvernementaux. Un responsable chargé de la santé de la reproduction dans l'équipe cadre du district sanitaire (ÉCD) veille donc au suivi des activités qui ont trait à la PF dans les CSPS et révisé les plans d'action à ce sujet.²⁶

Comme les CSPS ne sont pas présents dans tous les villages, des campagnes de sensibilisation s'organisent également dans les autres villages avec les infirmiers et des représentants choisis au sein de la population locale.²⁷ Un informateur villageois a ainsi été choisi dans chaque village et les organisations à base communautaires (OBC) recrutent aussi des bénévoles pour participer à ces activités. Un réseau de sensibilisation concernant entre autre la PF s'est ainsi établi à travers les villages des régions rurales du Burkina Faso et l'offre a créé la demande. La majorité des gens sont maintenant au courant de l'existence des contraceptifs médicaux grâce à ces campagnes de sensibilisation, d'ailleurs 76% des répondants de notre enquête qui prenaient des contraceptifs avaient été mis au courant de leur existence par les infirmiers. Le discours médical a fait sa place dans les milieux ruraux, incitant les citoyens à prendre leur responsabilité en matière de PF face à la santé de leur famille, de la femme et des enfants et peu de gens osent s'opposer ouvertement à ce discours, même si la plupart n'y adhère pas encore. En effet, parmi les répondants qui ne

²⁶ Informations obtenues auprès de Sawadogo, Honoré, responsable chargé de la santé de la reproduction dans l'ÉCD.

²⁷ Certains répondants nous ont d'ailleurs parlé de ces « campagnes de sensibilisation » auxquels ils ont participé et nous avons nous-même assisté à une réunion de la sorte lors de notre séjour dans un des villages de l'enquête.

désiraient pas faire de PF, beaucoup mentaient en entrevue avec une peur évidente de dévoiler, dans le contexte médical dans lequel avait lieu les entrevues, des opinions qui s'opposaient au discours médical dominant.

Ce pouvoir médical est aussi tributaire des subventions internationales accordées à la santé de la reproduction et des programmes nationaux, comme nous l'avons constaté dans les chapitres précédents. Il est donc d'autant plus puissant qu'il est appuyé par des fonds et des programmes internationaux bien définis et ayant eux aussi des objectifs très précis et surtout de grands moyens financiers et techniques pour y parvenir. La planification familiale devient donc avant tout une question de santé et cette justification par la santé, qui ressort dans le discours des répondants tout comme dans le discours médical, rejoint l'idée de bio-légitimité de Fassin (2000: 105), mais contribue aussi à l'homogénéisation d'une certaine forme de citoyen responsable (Asdar Ali, 2002).²⁸

D'un autre côté, la **pression de la communauté** influe grandement sur les choix en matière de planification familiale. Bien que certaines sociétés se montrent plus ouvertes que d'autres, la société bwaba par exemple, il demeure que les communautés paysannes de la région de la Kossi (et du Burkina Faso en général)²⁹ se montrent encore très réticentes par rapport à certains objectifs des programmes de planification familiale, notamment la réduction du nombre d'enfants. Il importe de comprendre ces sociétés avec la logique propre à toute société paysanne. L'agriculture étant la seule source de revenu dans ces sociétés pratiquement auto-subsistantes et vouées aux aléas climatiques (mais aussi à l'ordre économique mondial qui fixe le prix du coton), la famille devient le moteur économique central de la société et les enfants, le capital économique primordial. D'abord ils servent de main d'œuvre, mais aussi, comme il n'est pas acquis qu'ils puissent atteindre l'âge de maturité, beaucoup raisonnent encore en terme de quantité d'enfants comme assurance contre la mortalité infantile élevée. Les enfants contribuent à l'économie familiale, mais à l'économie de la communauté en général, une famille qui aura plus d'enfants cultivera plus, ce qui aura des retombées sur toute la communauté. Les enfants sont donc très valorisés, et la femme aussi, tant et aussi longtemps qu'elle est porteuse de ces enfants. C'est son rôle principal et le bon contrôle de la société, contrôle fortement masculin, passe entre autre par le contrôle des femmes, comme nous le verrons dans l'analyse du discours des répondants masculins. La communauté exerce donc une pression

²⁸ Voir chapitre 1.1.1

²⁹ Le contexte démographique au Burkina Faso a été étudié dans le chapitre 2.1.2

très forte sur les femmes et sur leurs décisions, mais aussi sur les hommes pour lesquels le prestige et la fierté proviennent directement du nombre d'enfants qu'ils possèdent.

Elles vont dire que la femme de cet homme-là a mis le Norplant. Dans ce village où tous les gens aiment les enfants, elle, elle est partie mettre le Norplant pour ne pas avoir d'enfants. Que ça ne va pas chez elle, qu'elle n'est pas une bonne personne. Les gens n'aiment pas la PF ici. (...) Vraiment je ne veux pas que les gens soient au courant, ils vont me critiquer. (Oumou, 30 ans)

Parce que chez nous ici, si tu n'as pas d'enfants, c'est très difficile, les gens disent, voilà, il est là, il a sa femme, mais il n'a rien, il n'a pas d'enfants. C'est pourquoi j'avais refusé. (Samuel, 43 ans)

De plus, le contexte économique et la pauvreté extrême des paysans fait en sorte qu'avoir moins d'enfants est encore trop risqué et que, même dans les cas où il y a décision d'avoir moins d'enfants, ce sera par manque de moyens davantage que par choix, nous reviendrons sur cet aspect dans le chapitre 5.

Le pouvoir religieux intervient aussi au sein de la communauté pour amener les justifications spirituelles et moralisatrices nécessaires à appuyer la logique paysanne. Ce pouvoir religieux, même s'il n'est pas à la base des décisions en matière de planification familiale: les hommes veulent beaucoup d'enfants et ce n'est pas une question de religion comme ils le disent tous si bien, sert quand même de justification *a posteriori* pour appuyer les arguments de ceux qui se positionnent contre l'utilisation des contraceptifs. La religion influence aussi les femmes et les hommes qui consultent pour la PF et plusieurs avouent ne pas agir selon leur religion, ne pas suivre la voie de Dieu, mais ne pas en avoir le choix et espérer que Dieu comprendra.

Au niveau de la religion, Dieu a dit de ne pas éviter les accouchements, mais si nous, nous voulons suivre la PF, c'est pour avoir la paix dans ce monde-ci, parce que si on a beaucoup d'enfants, on ne peut pas les nourrir, mais pour la religion, ce n'est pas normal de faire la PF puisque c'est Dieu qui décide pour les enfants, qui vous a mis dans le monde pour remplir le monde. Mais si nous voulons la paix... il faut suivre ce que nous-mêmes on fait dans ce monde-ci. Dieu dit qu'il connaît tout, mais il ne peut pas descendre ici pour savoir. (Philippe, 37 ans)

Tant au niveau de l'Islam qu'au niveau de la religion catholique, les deux principales religions des répondants, une vision pro-natale est mise en avant et la place de la femme est clairement définie. Toutefois, l'interprétation de la religion et les écarts face à celle-ci varient selon les sociétés. Il semblerait que bien que la religion catholique se déclare ouvertement contre l'utilisation des contraceptifs, dans les faits, les pratiquants de cette

religion, les Bwaba, pratiquants plus ou moins assidus doit-on le dire, interprètent la religion à leur manière et n'hésitent pas à utiliser les services de PF tout en disant qu'il n'y a pas de problèmes avec leur religion.

Selon moi, c'est bien avec la religion, puisque si tu fais des enfants, si tu pars voler pour les nourrir, donc ça ce n'est pas bien, ça va contre la volonté de Dieu aussi, donc c'est mieux de venir faire la PF pour avoir moins d'enfants que d'avoir beaucoup d'enfants et d'aller voler pour les nourrir. (Samuel, 43 ans)

Pourtant, l'Église catholique s'est positionnée encore récemment à la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire (CIDP) contre les méthodes de planification familiale qu'elle trouve inacceptables sur le plan moral et considère que les services de PF ne respectent souvent pas la liberté des époux, la dignité de l'être humain et ses droits fondamentaux, comme le droit d'enfanter (Sala-Diakanda, 2000: 33). Les représentants locaux de l'église catholique sont aussi très clairs à ce sujet, comme le répète ici une des responsables de la formation "préparation au mariage" de l'église catholique de Nouna:

L'église n'est pas d'accord pour les autres méthodes, il ne faut pas empêcher le travail du bon Dieu. (...) La personne qui suit vraiment sa religion ne devrait pas faire ça. (...) Les méthodes naturelles ce n'est pas pareil, on ne prend pas quelque chose pour empêcher les enfants. Ça dépend aussi de l'éducation dans l'enfance, s'ils n'ont pas eu une bonne éducation, déjà très jeunes ils commencent à jouer avec leur corps, encore enfant, alors ils vont préférer faire ces méthodes-là [les méthodes médicales].

Du côté de l'Islam, bien que ses représentants se montrent plutôt ouverts par rapport à la planification familiale, dans les faits, la pression de l'Islam sur les femmes est très forte et leur utilisation de la PF demeure faible, les hommes musulmans se montrant assez fermés à cet égard. La majorité des femmes qui utilisent les services de PF à l'insu de leur mari sont d'ailleurs musulmanes et les taux de prévalence contraceptive sont beaucoup plus bas dans les villages musulmans. Pourtant, si on questionne les musulmans, les marabouts et même les imams, la majorité confirme qu'il n'y a aucun problème à utiliser la PF selon la religion musulmane et qu'il n'y a rien d'écrit à ce sujet dans le Coran ou dans les écrits de Mohammed. En fait, la position des représentants musulmans à la CIDP se rapprochait de celle des protestants et, comme eux, ils se sont montrés plus conciliants que les catholiques: des juristes musulmans ont expliqué que le terme *AzI* mentionné dans le Coran pourrait être utilisé pour traiter non seulement du coït interrompu, mais aussi des autres méthodes

contraceptives. (Sala-Diakanda, 2000: 33) Les réticences de l'islam n'ont donc pas trait à la contraception en tant que telle, mais plutôt à la conception de la famille.

Ce paradoxe intéressant pourrait être expliqué par le fait que l'Église catholique, bien qu'elle se montre très fermée à la PF, n'exerce pas en Afrique de l'Ouest un contrôle très fort sur ses pratiquants, ceux-ci se permettent de nombreux écarts par rapport à la religion et cela se voit même dans les célébrations religieuses qui sont teintées d'éléments animistes, alors que l'islam exerce une pression interne beaucoup plus forte sur ses pratiquants, notamment sur les femmes. Les hommes n'hésitent pas à se servir de l'islam, souvent à torts puisque de toute façon la plupart n'ont jamais lu le Coran, pour contrôler leur femme et lui interdire l'accès à la PF. Il y a aussi certaines différences concernant les réticences face aux programmes de planification familiale entre la religion catholique et l'islam: alors que pour l'Église catholique c'est surtout la question du libertinage et de l'infidélité, des comportements sexuels immoraux qui est mise de l'avant pour décourager l'utilisation de méthodes médicales, pour l'islam c'est surtout la perte de contrôle des femmes et du nombre d'enfants que Dieu leur a donné.

La religion catholique est réticente parce que les contraceptifs créent de l'infidélité, c'est ce qu'ils avancent le plus souvent, mais par rapport au nombre d'enfants, ça on n'entend pas ça chez les Catholiques, c'est surtout chez les Musulmans. Les enfants que tu auras empêché seront là après ta mort au paradis et te puniront. (...) Non, ce n'est pas écrit dans le Coran, mais dans la religion musulmane, l'homme est au centre de tout et dès lors que la femme arrive à faire cette méthode, c'est qu'elle crée son indépendance d'une certaine manière et c'est ce que la gent masculine n'aime pas entendre, parce qu'à un certain moment, ça diminue leur autorité, donc ceux qui connaissent le Coran savent tout ce qui y est écrit, mais derrière, pour ceux qui ne savent pas, on peut rajouter plein de choses qui ne sont pas dites dans le Coran pour favoriser la gent masculine. (Maïeuticien au CSPS de Nouna)

Il faut mentionner aussi le fait que les répondants catholiques sont pour la plupart Bwaba, ils ont adopté le catholicisme plus tardivement et surtout pour s'opposer à l'islam, et leur société, sans autorité centrale et fermée à toute forme de hiérarchie, a souvent été considérée comme très libertaire (certains disent trop!) envers les femmes,³⁰ alors que les répondants musulmans sont issus des sociétés Dafi ou Peul, sociétés hiérarchiques et très organisées où la place de la femme est clairement définie. Au-delà de la religion, les différences que l'on constate par rapport à la pratique contraceptive peuvent donc aussi être rapportées à la structure même de ces sociétés, qui sont très différentes les unes des autres,

³⁰ Voir chapitre 2.1.1

plutôt qu'à la religion en tant que telle. À ce sujet, Addai (1999) dans une analyse des données tirées du *Ghana Demographic Health Survey* démontre que l'utilisation différentielle des contraceptifs que l'on constate selon la religion des répondants (catholiques, protestants, musulmans et animistes) est plutôt liée à des différences socio-économiques et démographiques entre les différents groupes: une fois ces variables isolées, la religion cesse d'être statistiquement significative.

Les hommes et les femmes des entrevues se situent donc, dans le cadre de la rencontre clinique et lors des décisions par rapport à la planification familiale, entre deux forces: le pouvoir médical et les pressions de la communauté, c'est par rapport à ces deux forces qu'ils se positionnent et qu'ils conçoivent le corps reproductif, la famille ainsi que le rôle de l'homme et de la femme. La façon dont ils réutilisent les discours médicaux tout en mettant de l'avant aussi les discours de leur communauté façonne le sens du changement que l'on peut constater par rapport aux conceptions de la vie reproductive, de la famille et des relations hommes-femmes.³¹

Mais ces deux forces sont aussi elles-mêmes en interaction au niveau local et c'est les CSPPS et "la rencontre clinique" entre les infirmiers et les populations qui semblent être le lieu d'actualisation de cette interaction. En effet, le pouvoir médical, incarné par les infirmiers, influe fortement sur les opinions de la communauté, notamment parce que les campagnes de sensibilisation savent bien utiliser les représentants locaux (marabouts, imams, religieux, chefs, informateurs villageois, COGES, OBC, etc.) pour sensibiliser les populations et vulgariser l'information, la rendre accessible dans les bons termes et surtout la rendre crédible et acceptable étant donné les représentants choisis, le plus souvent des figures d'autorité dans la société.

Il y a eu des changements, parce qu'ils y a eu plusieurs acteurs impliqués, ce n'est pas juste les agents de santé, mais aussi le COGES, (...) il y a les organisations à base communautaire et dans chaque village il y a des représentants des OBC et eux aussi peuvent être des relais communautaires, ils passent les messages, donc la santé ce n'est plus l'affaire des agents de santé seulement. En plus de ça, il y a l'administration locale, donc tout le monde s'implique et on fait le plan d'action ensemble et on évalue chaque six mois, chacun connaît les objectifs et tous peuvent amener leurs contributions, donc il y a des changements petit à petit, maintenant par exemple les hommes accompagnent leur femme à l'hôpital, avant ce n'était pas leur

³¹ L'étude d'Ali (2002) illustre d'ailleurs bien ces tensions en Afrique de l'Ouest entre les programmes de santé qui promeuvent la contraception et la baisse du taux de fécondité et le contexte social et culturel qui valorise un nombre d'enfants élevé, les femmes se trouvant souvent coincées entre ces deux tendances.

affaire, il y en a aussi qui viennent pour la PF ou le dépistage avec leur femme. (Infirmier chargé de la SR dans le district sanitaire)

L'influence du pouvoir médical sur la société est donc notable. Mais d'un autre côté, les infirmiers n'ont pas le choix de tenir compte des particularités des communautés, par exemple à Ira, petit village à la frontière du Mali où les réticences religieuses sont plus fortes étant donné la présence d'une population importante de religion wahhabite (une secte plus stricte de l'Islam), et le personnel médical doit réviser ses plans d'action lorsqu'ils ne cadrent pas avec les opinions et les intérêts des populations locales. L'utilisation du concept d'*espacement des naissances* au lieu de *réduction du nombre d'enfants* ou encore de *planification familiale* au lieu de *contraception* sont de bons exemples de l'ajustement des programmes de PF à la réalité des populations paysannes. Toutefois, ces ajustements mettent aussi en évidence un pouvoir médical capable de s'adapter pour mieux faire passer ses objectifs qui, au fond, malgré les nuances dans les termes utilisés, demeurent les mêmes.

Au départ les services de planification familiale avaient une autre idée, ce n'était pas l'espacement des naissances, mais bien la diminution du nombre d'enfants, mais comme cette idée ne fonctionnait pas en milieu rural, par exemple moi pour être respecté par la communauté je dois avoir beaucoup d'enfants et on vient me dire de réduire le nombre d'enfants, ça ne marchait pas, donc l'idée première qui avait été répandue avait, on pourrait dire, terni l'image réelle des services de PF. Dès lors qu'on a essayé de passer à l'idée d'espacement des naissances, ça a mieux été. (...) Je ne sais pas s'ils comprennent que c'est la même chose, mais c'est ça le problème, parce qu'il faut essayer d'implanter un peu les programmes de PF. À un moment donné on arrive à une tranche d'âge où on ne peut plus avoir d'enfants donc si on espace, ça réduit aussi le nombre d'enfants, donc avec les services de PF, il y avait cette idée, mais peut-être que le slogan a été mal choisi au début (...) (Maïeuticien au CSPS de Nouna)

Malgré tout, le discours médical est toujours réutilisé et réinterprété selon les besoins et les visions locales et souvent avec certaines contraintes: on n'utilise pas la PF pour les mêmes fins que prévu (avoir moins d'enfants par exemple) et on l'accepte sous certaines conditions (si la femme est malade ou en fin de vie reproductive par exemple), comme nous le verrons dans le chapitre IV.

Si tu fais des méthodes pour espacer les enfants, c'est bon, mais utiliser les méthodes pour ne pas avoir plus d'enfants, ça ce n'est pas bon. (Germaine, 45 ans)

Souvent si on va à la prière, l'imam dit que si les enfants sont serrés, il faut aller à l'hôpital pour prendre les médicaments, mais il ne faut pas que ça dépasse deux ans ou trois ans et après il faut le faire enlever. (Biba, 29 ans)

Le pouvoir médical est donc constamment en interaction avec la communauté et ces deux forces ne sont pas toujours complètement en opposition, ce qui crée aussi un espace de discussion, de négociation et de changement au sein de la société.³² Comme les entretiens ont eu lieu dans le cadre clinique, nous avons pu constater les paradoxes et les contradictions dans le discours des répondants qui parfois utilisait la rationalité médicale pour s'exprimer, parfois mettaient de l'avant les discours issus de leur communauté, tout essayant de se situer eux-mêmes à différents endroits à travers ces discours selon leur âge, leur religion, leur éducation, leur groupe ethnique ou encore leur ouverture à la PF, mais surtout, selon leur besoin ou non de PF au moment de l'entretien. En effet, celle-ci n'est utilisée qu'à certains moments de la vie reproductive et pas pour les mêmes raisons qu'on pourrait à prime abord l'imaginer puisque la temporalité de cette vie reproductive n'est pas conçue de la même manière qu'en Occident, comme nous le verrons dans le chapitre IV.

Il importe aussi de rappeler qu'il existe des rapports de force différentiels dans la rencontre clinique où les infirmiers apparaissent souvent comme tout-puissants et comme les seuls à posséder la vérité, ce qui intimide les hommes et encore davantage les femmes. Il est facile de voir comment les répondants répètent par exemple le discours médical axé sur la justification par la santé et ont très peu de recul critique par rapport à ce discours. Certains infirmiers convainquent ainsi facilement les femmes de se faire poser un implant après leur accouchement pour des raisons de santé.

C'est le docteur [l'infirmier] qui m'a mis l'implant à Nouna. Il a dit que si je ne faisais pas ça, si je prenais une autre grossesse avant deux ou trois ans, j'allais devoir retourner encore à Nouna pour une opération. (Alima, 33 ans, elle s'est fait enlever son implant par la suite...)

Les rapports de pouvoir au sein de la société se reflètent donc dans la rencontre clinique et les infirmiers décident souvent à la place des patients ce qui est bien ou non pour eux, comme nous avons pu le constater lors de notre observation participante en milieu clinique.

Toutefois, les femmes ne font pas que se conformer au discours médical dominant, au contraire, elles s'en servent bien souvent pour défendre leurs intérêts auprès du mari et

³² On peut se référer ici à l'approche dynamique de Balandier et à son analyse situationnelle qui permet de saisir la société en action ainsi qu'à l'idée de processus de résistance semi-conscient que les acteurs opèrent contre une hégémonie dominante de Comaroff, auteurs révisés dans le chapitre 1.2.1

créer un espace de négociation: avec le prétexte de la santé, elles peuvent convaincre leur mari d'utiliser la PF, tout en étant consciente des avantages autres que médicaux que cela leur procure et les hommes peuvent aussi mettre des limites et des contraintes à la PF, notamment en choisissant eux-mêmes la méthode ou en limitant sa durée d'utilisation — idée que nous développerons dans les prochains chapitres grâce à nos résultats d'entrevue. Dans les chapitres suivants, nous pourrons analyser davantage la conception du corps reproductif et de la vie reproductive des répondants, leur conception de la famille en lien avec son rôle économique, ainsi que la dynamique des relations de genre qui s'actualisent à travers la négociation de la fécondité.

4- CONCEPTION DU CORPS REPRODUCTIF : LA TEMPORALITÉ DE LA VIE REPRODUCTIVE

La conception de la temporalité de la vie reproductive varie socialement. L'étude de Bledsoe (2002) illustre bien comment les femmes gambiennes, par exemple, ne conçoivent pas la capacité reproductive comme étant reliée directement à l'âge et au passage linéaire d'un état fertile vers un état non fertile, mais plutôt de façon non linéaire, comme étant liée à une accumulation de traumatismes physiques, sociaux, spirituels et obstétricaux dans l'histoire personnelle de chaque personne. Cette conception pousse les jeunes femmes qui rencontrent des échecs de grossesse au début de leur vie d'adulte à prendre le Dépo-Provera pour éviter d'accumuler davantage de grossesses traumatisantes qui pourraient nuire à leur futur reproducteur et donc afin de regagner de la force durant un certain temps pour accroître leur fécondité. Face à ce comportement, il importe de comprendre la conception de la vie reproductive et du corps reproductif féminin de nos répondants et la question de la temporalité nous est apparue comme centrale dans cette compréhension. L'utilisation des contraceptifs hormonaux amène en effet à se questionner sur plusieurs aspects temporels de la vie reproductive: à quel moment se situe la fin de la vie reproductive?, quel est l'espace idéal entre chaque grossesse et comment contrôler l'espacement des naissances?, pour quelles raisons contrôler médicalement cet espacement et quels moyens étaient (ou n'étaient pas) utilisés avant? dans quels cas doit-on empêcher les naissances? et peut-on calculer le cycle et connaître ce cycle pour pouvoir avoir une emprise sur celui-ci? Ces questions nous mèneront à mieux comprendre la vision de la vie reproductive, les raisons de l'utilisation des contraceptifs hormonaux et les transformations que ces contraceptifs opèrent sur les conceptions du corps reproductif, mais aussi sur le corps lui-même. En effet, les contraceptifs ont eux-mêmes un impact sur le corps, sur le cycle et sur la fécondité de la femme et la manière dont la perturbation du cycle menstruelle et les autres effets secondaires sont perçus et craints nous permettra de cerner encore davantage le lien entre le corps, le temps et la fécondité.

4.1 - Fin de la vie reproductive

Pour les répondant(e)s qui n'utilisent pas la PF, il semblerait que le moment de la ménopause ne soit pas très bien connu et survienne souvent plus tard que souhaité. Beaucoup considèrent que Dieu a donné un nombre d'enfants défini à chaque femme et que lorsque celle-ci aura eu tous ses enfants, elle cessera d'accoucher et pourra se reposer. Idéalement, cela devrait arriver lorsque la femme sent qu'elle commence à fatiguer et à voir les effets néfastes des accouchements sur son corps. La fin de la vie reproductive n'est donc pas conçue en lien avec l'atteinte d'un certain âge (de toute façon la plupart ne connaissent pas leur âge), mais selon le nombre d'enfants eu et l'état d'épuisement ressenti. Toutefois, on constate dans les entrevues que beaucoup ont encore de jeunes enfants et voient toujours leurs règles alors qu'elles sont convaincues qu'elles ont eu tous leurs enfants et n'en veulent plus d'autres. Dieu ne semble donc pas fixer la fin de leur vie reproductive au même moment qu'elles-mêmes souhaiteraient la voir arriver. Ainsi, Oumarou, dans la quarantaine, malgré le fait qu'elle vient tout juste de donner naissance à un enfant — qui a trois mois au moment de l'entrevue — s'exclame : « Je ne suis pas sûre sur ça, si je peux avoir encore des enfants, mais moi je n'en veux pas d'autres ! » Ces femmes continuent donc à avoir une vie sexuelle active et à enfanter malgré le fait qu'elles soient toutes grand-mères et qu'elles considèrent avoir atteint la ménopause³³ — du moins elles le souhaitent, mais ce n'est pas toujours le cas.

Le fait de donner naissance en même temps que ses enfants, comportement décrié par les infirmiers Mossi avec qui nous avons discuté, est plutôt mal vu aujourd'hui dans les sociétés bwaba et dafi, mais il ne semble pas qu'il en est toujours été ainsi.

Avant c'était comme ça, il n'y avait pas de problèmes. Les gens disaient que c'était des dons de Dieu, si la fille a un enfant en même temps que sa maman, les gens ne trouvaient pas ça grave. Mais avant, avant, ce n'était pas comme ça puisque la fille se mariait plus tard, elle devait avoir 23, 24 ans, les hommes allaient jusqu'à 30, 40 ans. Mais ensuite les gens se sont mis à se marier plus tôt pour agrandir la famille. Maintenant les gens commencent à comprendre et ne veulent plus d'aussi grandes familles. (Olivier, 47 ans, informateur villageois)

³³ Le terme « ménopause » n'a pas été utilisé lors des entrevues, notamment parce que notre traductrice ne connaissait pas la traduction en *dioula* de ce concept et nous parlions donc avec les répondantes de la « fin de la période reproductive de la femme », mais même ce concept doit être nuancé puisque pour les répondantes, c'est Dieu qui décide quand la femme cessera d'avoir des enfants et ce n'est donc pas une donnée biomédicale fixe.

Aujourd'hui, peut-être à cause du contact avec le personnel médical, avec les idées de la ville, ou encore avec les Mossi eux-mêmes, qui immigrent de plus en plus nombreux dans la région pour cultiver, plusieurs répondants éprouvent un sentiment de honte par rapport au fait d'enfanter encore alors que leurs enfants ont débuté leur vie reproductive. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle Honoré, 53 ans, a accepté que sa femme se fasse insérer un Norplant il y a cinq ans : « Je trouvais honteux que ma femme soit grand-mère et qu'elle accouche encore, mais qu'est-ce que je pouvais faire? »

La plupart des répondantes plus âgées qui utilisent les contraceptifs hormonaux — et c'est d'ailleurs la majorité des utilisatrices puisque les jeunes femmes, en milieu rural, utilisent très peu les contraceptifs, la PF n'étant pas une priorité pour eux, au contraire, c'est plutôt les enfants qui importent — ont donc choisi de mettre fin à leur vie reproductive plus tôt, selon leurs propres critères et ceux de leur mari, qui ne sont pas les mêmes et ne coïncident pas toujours, et aussi en suivant les conseils des infirmiers. Ces répondants mettent de l'avant comme critères la souffrance, la fatigue et les questions de santé. Selon eux, il faut savoir quand laisser la femme se reposer et lui éviter les souffrances des accouchements. La santé de la femme est donc centrale dans les décisions de planification familiale de ces répondants et certains événements obstétriques, comme les fausses couches répétées, contribuent à accentuer l'idée qu'il faille intervenir dans la vie reproductive de la femme pour lui permettre de se reposer. En ce sens, les contraceptifs sont donc davantage conçus comme des médicaments que comme moyens de planifier la famille. Cette médicalisation de la reproduction est accentuée aussi par le discours médical tenu par les infirmiers qui utilisent les questions de santé maternelle et de mortalité infantile pour promouvoir la PF. Beaucoup de répondants conçoivent donc la PF comme une solution médicale aux souffrances de la femmes qui sont dues, selon les dires des infirmiers, aux accouchements trop nombreux ou trop rapprochés.

C'est ma femme, après sa dernière grossesse, lors de l'accouchement, elle a eu de sérieux problèmes jusqu'à ce qu'on parle de l'évacuer à Nouna, donc après ça elle a pu accoucher, mais comme elle était assez âgée aussi, alors elle m'a proposé le Norplant et j'ai trouvé que ce qu'elle a dit est vrai et j'ai accepté. (Olivier, 47 ans)

Quand je suis allée faire l'accouchement à l'hôpital, comme je fatiguais trop avec les accouchements, mon mari a pensé que c'est mieux de faire la PF parce que j'étais en train de souffrir donc c'est là-bas qu'on a fait mettre ça. (...) Je ne fais que des fausses couches, je n'ai pas assez d'aide, comme je suis fatiguée, c'est pour cela que je fais ça. (Germaine, 45 ans)

Je ne veux plus de grossesses, et puis si je prends une grossesse encore je vais tomber malade, je ne peux plus manger, je vomis tout le temps. C'est les agents de santé qui nous ont informé et comme moi je suis en train de souffrir de faire trop d'enfants, j'ai choisi de faire la PF pour me protéger. (Kadi, 39 ans)

Le choix du contraceptif dépend beaucoup du moment où il est utilisé dans la vie reproductive de la femme et comme ces utilisateurs considèrent que la femme a terminé sa vie reproductive, ils vont choisir davantage des contraceptifs hormonaux de longue durée, surtout le Norplant, qui dure de quatre à cinq ans, pour que la femme « puisse se reposer bien longtemps », comme le dit si bien Honoré, sans toutefois considérer les effets secondaires plus importants de ce contraceptif par rapport aux autres.

Du côté des hommes, bien que les femmes se servent du discours médical pour proposer d'utiliser la PF non seulement en fin de vie reproductive, mais aussi pour espacer les enfants, beaucoup préfèrent attendre d'avoir obtenu le nombre d'enfants désiré, qui est souvent plus élevé que celui désiré par leur femme, ou encore de voir si leur femme est vraiment fatiguée avant d'utiliser les contraceptifs. Ils sont donc prêts à mettre fin à la vie reproductive de leur femme plus tôt, surtout pour des raisons de santé et encore plus si elle a fait plusieurs fausses couches successives et est rendue un peu âgée, mais pas à avoir moins d'enfants. Ainsi, Siembou a d'abord eu sept enfants avec sa première femme et quatre avec la deuxième avant de lui donner l'autorisation d'utiliser l'injection : « D'abord je n'ai pas parlé pas de ça, mais quand j'ai vu que les enfants étaient nombreux, j'ai pris la décision, et la femme aussi maintenant elle peut se reposer, pour garder les enfants en bonne vie. » Quant à Moumouni, 57 ans, il n'a eu que quatre enfants puisque trois de ses enfants sont décédés et il en voudrait d'autres avant d'autoriser sa femme à utiliser la PF.

Comme je suis devenu vieux et ma femme aussi. Si elle fait trop d'enfants, peut-être qu'elle sera fatiguée, mais on va continuer jusqu'à ce qu'elle soit fatiguée. (...) Si on a eu beaucoup d'enfants et que je sais que la femme est fatiguée, alors nous viendrons faire la PF.

Au-delà de l'âge de la ménopause, la fin de la vie reproductive fait donc référence au succès obstétrical de la femme, au nombre d'enfants qu'elle a eu, à un état de fatigue ressenti et à sa santé. Pourtant, le moment souhaité de la fin de la vie reproductive ne correspond pas toujours au moment réel de la ménopause et les contraceptifs apparaissent comme un excellent moyen de faire coïncider ces deux moments, dans la mesure où le mari considère qu'il a eu assez d'enfants.

4.2 - Espacer les naissances

Quel est l'espacement naturel entre chaque grossesse et pourquoi en vient-on à considérer que cet espacement n'est pas suffisant? De ce qui ressort des propos des répondants, tous les corps reproductifs ne sont pas les mêmes et certaines femmes « sont plus rapides que d'autres » et « serrent plus leurs enfants ». Ces dernières peuvent être considérées comme chanceuses, du point de vue de certains hommes, comme l'imam de la mosquée de Ira, ou moins chanceuses, du point de vue des femmes! En effet, la plupart des femmes ont en tête un espacement idéal des naissances et connaissent très bien les bénéfices de cet espacement, autant pour elle que pour leurs enfants. C'est pourquoi Djeneba, 33 ans, affirme que Dieu lui a donné comme chance d'espacer naturellement ses enfants et le remercie pour cela. Messita, 26 ans, rappelle aussi l'importance de surveiller le moment où reviennent les règles après un accouchement.

Il y a des enfants, si tu accouches, tu ne vois pas tes règles, mais d'autres, après 40 jours seulement tu vois tes règles, donc les enfants vont être trop serrés, tu vas avoir une grossesse rapidement, donc si tu fais l'injection, tu vas te reposer avant d'avoir une autre grossesse. L'enfant peut grandir. Sinon tu as un enfant en main, tu en as encore un autre et tu es tellement fatiguée. (Messita, 26 ans)

Les répondantes accordent donc de l'importance à l'espacement des naissances et savent les impacts négatifs que peut avoir une grossesse sur un enfant qui est encore au sein et il existe d'ailleurs, dans la plupart des langues d'Afrique de l'Ouest, une façon souvent peu élogieuse de nommer les femmes qui tombent enceintes alors qu'elles allaitent encore (van de Walle, 1993: 447). L'arrivée du discours sur la mortalité infantile et l'importance d'espacer les enfants pour lutter contre cette mortalité a probablement renforcé cette tendance, comme le dit d'ailleurs Adèle, 29 ans : « Quand tu tombes en grossesse avant que ton enfant soit sevré, ça cause des morts infantiles et les gens ne sont pas contents avec ça. » Les femmes qui « serrent trop leurs enfants » sont donc mal vues, la responsabilité étant mise davantage sur elles que sur leur mari.

Si les enfants sont serrés, oui, il faut faire la PF. Les femmes sont différentes. Il y a des femmes rapides et d'autres non. Celles qui serrent toujours leurs enfants, elles devraient venir faire la PF. (Ousmane, 55 ans)

Aucun lien ne semble être fait avec l'allaitement, technique contraceptive parfois efficace, mais qui ne fonctionne pas pour toutes les femmes et encore moins en région rurale du Burkina Faso, notamment à cause des problèmes de nutrition et des

comportements en matière d'allaitement puisque beaucoup de femmes n'allaitent pas de façon constante.³⁴ Les habitudes sexuelles du couple et le comportement de l'homme ne sont pas mis pour cause non plus en premier quand on parle d'espacement des naissances avec les répondants. Il se pourrait donc que malgré l'importance attachée à l'espacement des naissances, rien ne soit concrètement mis en oeuvre pour réaliser cet espacement. Cela nous mène au contrôle de l'espacement des naissances et aux tabous d'abstinence après l'accouchement. Quand on aborde le sujet avec les répondants, surtout chez les plus vieux et chez les couples polygames, dans la société dafi, il semblerait que la séparation des couples après l'accouchement soit encore une pratique que plusieurs disent adopter afin d'espacer leurs enfants. Salma, 42 ans, explique que sa maison est séparée de celle de son mari : « donc si j'accouche, si l'enfant ne devient pas grand jusqu'à marcher, mon mari ne me touche pas, donc chez nous c'est comme ça ». La polygamie est d'ailleurs souvent une solution aux difficultés que représentent pour l'homme ces questions d'abstinence.

Si tu ne fais pas attention, la femme va tomber enceinte encore et les enfants vont devenir trop serrés donc c'est pour ça que nous laissons deux ans. Durant ces deux ans-là, l'enfant va marcher donc c'est bien. Mais tous les hommes ne peuvent pas faire ça. (...) L'islam dit 40 jours, mais c'est pour que les hommes n'aillent pas voir ailleurs. En fait, c'est les hommes qui devraient patienter, qui devraient attendre deux ans avant de toucher la femme. Mais les hommes ne peuvent pas faire ça, donc c'est pourquoi souvent ils prennent une deuxième femme. C'est à cause de cette attente de deux ans, comme ils ne veulent pas tromper leur femme ou aller voir ailleurs, ils vont prendre une deuxième femme. (Moumouni, 57 ans)

La séparation des couples après l'accouchement durant deux ans est probablement une pratique qui était répandue dans toutes les sociétés, surtout chez les Mossi et chez les Peul où l'autorité parentale est forte et la polygamie répandue et où la femme allait vivre un certain temps dans la case de ses parents, mais aussi chez les Bwaba, société pourtant très libertaire. Mais ces pratiques se sont détériorées et ne sont plus présentes chez les jeunes, elles sont d'ailleurs plus ou moins bien suivies chez les plus âgés. Siaka, imam de la mosquée de Ira explique que « tous les hommes ne peuvent pas faire ça. Ceux qui ne peuvent supporter attendent deux ans, les autres non ».

Avant, le temps de nos pères, si l'enfant ne marche pas, les maris ne devaient pas toucher les femmes. Mais les hommes d'aujourd'hui ne connaissent plus ça. Si la femme a accouché, trois mois comme ça ils laissent avant de toucher. De nos jours, les jeunes n'écoutent plus les conseils de leurs pères. Deux mois après l'accouchement les hommes commencent à toucher à la femme et elle tombe

³⁴ Information donnée par le Dr Abel Bicaba, à Ouagadougou.

enceinte. Maintenant les enfants sont un peu serrés. Il y a le bébé au dos ou au sein et elle est enceinte, ce n'est pas normal. (Ousmane, 55 ans)

Van de Walle (1993) explique que les tabous d'abstinence se sont effrités en Afrique subsaharienne, notamment à cause de l'Islam qui ne dicte un tabou que de 40 jours après l'accouchement, mais aussi à cause de l'arrivée de la notion occidentale de couple et l'affaiblissement de l'autorité parentale, et de la société en général pourrait-on même dire, phénomènes qui incitent les jeunes couples à rejeter la pratique de l'abstinence afin d'obtenir une meilleur entente au sein de leur couple, sujet sur lequel nous reviendrons dans le chapitre VI. Selon van de Walle, les tabous d'abstinence en Afrique sub-saharienne n'ont jamais été très efficaces. Tout d'abord, et nous avons pu le constater nous-mêmes, la période d'abstinence s'échelonne souvent sur la même durée que la période d'allaitement et donc ne change rien à l'espacement naturel des enfants. Ensuite, l'abstinence ne semble pas être un comportement total au sens où il laisse place aux compromis :

In Africa, as in most other cultures, normative rules are full of contradictions and exceptions. It is perceived that the evil of combining sexual relations and breastfeeding is relatively tolerable, compared, for example, to resisting the husband's entreaties or running the risk of losing him to another, more available women. Compromises and accommodations are possible. One such compromise is to have only intermittent sexual relations during the lactation period. (Van de Walle, 1993: 451)

Enfin, il y a toujours une différence entre ce que les gens devraient faire ou souhaiteraient faire et disent et ce qu'ils font réellement, entre les normes et la réalité, et cela dans toute société. Dans les entretiens, il arrivait souvent qu'un répondant se contredise en prétendant s'abstenir de rapports sexuels durant deux ou trois ans après l'accouchement, puis, à une autre question, en disant pratiquer la méthode naturelle de calcul des jours pour espacer les enfants entre les accouchements, méthode où le couple a des relations sexuelles, mais seulement dans les moments jugés non dangereux. Il s'agit donc plutôt d'une abstinence partielle ou intermittente. Pour beaucoup de répondants, les méthodes contraceptives médicales se sont ainsi substituées aux tabous d'abstinence et permettent d'espacer les naissances de manière plus efficace et plus simple, tout en conservant l'accessibilité sexuelle de la femme.

Les principales raisons évoquées pour utiliser les contraceptifs pour espacer les enfants sont axées, comme pour la fin de la vie reproductive, sur la santé de la femme, mais

aussi et surtout, sur la santé de l'enfant et la mortalité infantile. L'influence des infirmiers, mais aussi des programmes de sensibilisation à la radio est notable, comme le dit lui-même Kalifa, 45 ans : « c'est en écoutant la radio que nous avons compris que séparer les enfants ça fait du bien pour la famille donc c'est pour cela que nous sommes allés voir le médecin, aussi parce qu'on voyait que nos enfants étaient très serrés. » Les préoccupations ont donc trait principalement à la mortalité infantile et la PF doit être comprise dans ce contexte.

Si tu ne fais pas la PF, les enfants seront serrés et il y a des enfants qui vont mourir donc ça fait de la fatigue à la femme. (Béatrice, 24 ans)

Si je prends le Dépo, je ne tombe plus malade, je n'ai plus de difficultés, c'est pour cela que j'ai choisi le Dépo. Pour que mes enfants soient séparés les uns des autres, si les enfants sont trop serrés, ils meurent. Je vais continuer jusqu'à ce que l'enfant ait deux ou trois ans comme ça. (...) C'est une bonne chose parce que si par exemple j'ai un enfant maintenant et que je tombe enceinte, l'enfant va tomber malade. (Fatima, 20 ans)

Il est intéressant de se demander quel est le lien réel entre les grossesses rapprochées et la mortalité infantile et quelles conditions favorisent la mortalité infantile. Quelle est la part biologique et quelle est la part sociale dans ce phénomène et où se croisent-elles: comment les conditions sociales et économiques affectent le corps de la femme, le rendant plus vulnérable, et comment les conditions biologiques de la grossesse et de l'allaitement accentuent cette vulnérabilité? Du point de vue des infirmiers, il y a un lien biologique et médical évident entre la mortalité infantile et les grossesses rapprochées:

D'abord biologiquement la femme est affaiblie puisqu'elle doit subvenir aux besoins de l'enfant qu'elle a au dos et en même temps celui qu'elle a dans le ventre, donc la dépense calorifique est très grande et il y a un problème. Souvent il y a une fausse couche parce que biologiquement, elle ne peut subvenir aux besoins des deux enfants, elle est plus vulnérable aux infections aussi, le lait maternel n'est plus assez nourrissant, surtout en milieu rural l'apport calorifique est faible, donc on ne peut pas incriminer seulement le côté social, il y a un aspect biologique important. Sinon au niveau social, il peut y avoir un rejet de l'enfant qui est au dos puisqu'il dérange, il est mal vu d'être là en même temps que la nouvelles grossesse. (Maïeuticien au CSPS de Nouna)

Mais cette mortalité infantile est accentuée du fait des conditions de vie difficile, de la mauvaise nutrition et du peu de support que reçoit la femme pour s'occuper des enfants tout en travaillant au champ. Malheureusement, les programmes de planification familiale ont trop souvent utilisé cette mortalité infantile élevée (et la mortalité maternelle) comme prétexte pour responsabiliser les femmes et les inciter à utiliser la PF et, en bout de ligne,

atteindre leur objectifs de réduction des naissances, médicalisant ainsi le contrôle des populations plutôt que de contribuer à améliorer les conditions de vie et l'accès aux soins de santé de base. (Nichter, 1989 ; Morsy, 1995 ; Richey, 1999, 2004 ; Castro, 2004)

Le concept d'*espacement des naissances* a été proposé pour convaincre les populations, d'une manière détournée, d'utiliser les contraceptifs et d'avoir moins d'enfants, donc pour réduire la croissance démographique, mais en se basant principalement sur des raisons médicales, la mortalité infantile et maternelle. Ce concept était donc séduisant et compréhensible pour les populations : c'est une question de santé, pour que la femme ne soit pas trop fatiguée, pour que les enfants ne meurent pas et, en général, les populations rurales approuvent ces idées et l'utilisation de contraceptifs dans ce contexte. Mais ces populations ne sont toujours pas d'accord avec le fait d'avoir moins d'enfants et il peut facilement en découler que la femme ait une période de reproduction plus longue, elle va avoir ses enfants plus tôt et finir sa vie reproductive plus tard afin d'obtenir un nombre total d'enfants équivalent.

Bien que les répondants n'aient pas confirmé directement l'hypothèse de Bledsoe selon laquelle ils utiliseraient parfois les contraceptifs consciemment pour augmenter la fécondité de la femme, il est vrai que beaucoup utilisent la PF pour espacer les naissances tout en désirant encore beaucoup d'enfants, les contraceptifs aidant plutôt la femme et les enfants à rester en santé, ce qui, au bout du compte, pourrait aussi mener à obtenir plus d'enfants vivants. D'ailleurs il importe de tenir compte de la durée d'utilisation des contraceptifs entre les grossesses qui ne dépasse souvent pas deux ans et ne mène donc pas à une réduction du nombre d'enfants.

L'utilisation des contraceptifs en fin de vie reproductive et pour espacer les naissances ne transforme donc pas, pour la plupart, la conception du corps reproductif féminin et de la famille et elle se substitue plutôt aux tabous d'abstinence qui existaient auparavant, mais elle offre un moyen plus sûr d'espacer les enfants et d'aider la femme tout en amenant certains avantages, après coup, qui ne constituaient pas des raisons d'utilisation au départ, mais qui ont des impacts sur le rôle de l'homme, de la femme, et le couple en général, comme nous aurons l'occasion de le constater.

4.3 - Empêcher les naissances

La *contraception*, au sens d'empêcher les naissances, d'aller contre la conception, est très mal vue par les sociétés africaines en milieu rural qui valorisent les enfants et elle ne peut se faire que dans certaines conditions particulières. Parmi les répondants, deux femmes bwaba étaient veuves, non remariées et toujours sexuellement actives, c'est-à-dire qu'elles fréquentaient toutes les deux un homme. Pour ces dernières, le fait de ne pas avoir un mari pour prendre en charge les enfants faisait en sorte qu'elles ne pouvaient prendre le risque de tomber enceinte, d'autant plus qu'elles devaient toutes les deux s'occuper des enfants qu'elles avaient déjà eu avec leur mari décédé.

Pour l'injection j'ai parlé un peu de ça avec mon copain. Comme lui-même il voit que mon mari est décédé, qu'on était ensemble jusqu'à maintenant et comme j'ai eu un enfant avec lui, il fallait faire quelque chose pour que je n'ai pas d'autres enfants, puisqu'il ne peut pas payer pour les dépenses, donc on a parlé un peu et comme lui il a compris ça, il m'a donné l'autorisation de venir faire l'injection. (...) Nous avons parlé du mariage, mais c'est moi-même qui ne veut pas. Si je me marie on va dire que c'est pour qu'il paie pour tous mes enfants. Je vais attendre d'abord que les enfants soient plus grands, qu'ils puissent se débrouiller seuls. Même si on se marie, lui il n'acceptera pas de nourrir tous les enfants donc c'est moi qui vais devoir payer et faire des petits commerces pour avoir de l'argent et lui il n'acceptera pas que je quitte la maison pour aller faire ces petits commerces. (Rose, 37 ans)

La situation de ces femmes veuves est assez compliquée : d'après Rose, la pratique de l'avunculat³⁵ n'est pas respectée et souvent elles commencent à fréquenter un homme déjà marié, avant de devenir sa coépouse. Elles doivent aussi subvenir seules aux besoins de leurs enfants et n'ont pas le choix de travailler, attitude qui n'est pas très favorisée par la communauté, la femme devrait rester à la maison pour s'occuper de son mari et de ses enfants. La prostitution est aussi un sujet qui a été beaucoup abordé dans les entrevues par les répondants qui disaient que le fait d'utiliser la contraception permettait à la femme d'aller se prostituer pour gagner un peu d'argent. En fait, la différence entre la prostitution et le libertinage est très difficile à voir dans les villages et, des discussions issues du terrain sur le sujet, nous avons pu apprendre par exemple qu'il était courant que l'homme donne une petite somme d'argent aux femmes qu'il fréquente après avoir passé une soirée ou une nuit avec elles. Il ne s'agit donc pas vraiment de prostitution, mais la femme, surtout

³⁵ Dans ce cas-ci, tradition selon laquelle le frère du mari doit prendre en charge la femme et les enfants de ce dernier dans le cas d'un décès précoce.

lorsqu'elle est veuve ou célibataire, mais aussi lorsque son mari ne s'occupe pas d'elle, va plutôt chercher une certaine forme de protection et de sécurité financière en fréquentant un homme auquel elle espère peut-être se marier par la suite.

Un autre cas particulier où les contraceptifs sont utilisés pour empêcher les naissances est chez les jeunes femmes qui ne sont pas encore mariées et ne veulent pas tomber enceinte avant leur mariage, ce qui diminuerait leurs chances de pouvoir se marier par la suite. Ce phénomène est très présent à la ville où beaucoup de jeunes femmes, comme notre interprète elle-même, ont une vie sexuelle active, mais ne sont pas encore mariées ou sont fiancées et ne veulent pas tomber enceintes avant d'avoir terminé leurs études. La plupart de ces jeunes filles optent pour le Norplant et l'enlèvent après le mariage. Mais la situation est bien différente en milieu rural. Parmi les répondants de l'étude, une seule femme avait utilisé la PF avant son mariage, Alice. C'est la répondante la plus scolarisée, elle a fait 9 ans d'étude, elle s'est mariée plus tard que les autres, n'a eu son premier enfant qu'à 23 ans et elle a vécu à la ville pour le début de ses études secondaires. Alice a utilisé le Norplant avec le garçon qu'elle fréquentait avant de terminer ses études et de se marier avec lui, mais il a insisté après le mariage pour qu'elle l'enlève. L'utilisation de contraceptifs en début de vie reproductive est encore un comportement très marginal en milieu rural, mais il est possible de croire que les choses puissent commencer à changer à ce niveau, notamment avec l'éducation plus longue des jeunes filles.

4.4 - Pouvoir compter et suivre le cycle

Beaucoup de sociétés à travers le monde connaissent les secrets du cycle féminin et se sont transmis ces connaissances pour contrôler naturellement les naissances (en Indes, par exemple, Nichter, 1989 ou encore chez les *Bantu* d'Afrique de l'Est ou les *Cherokee* d'Amérique, Holmes et al, 1980), mais il ne semblerait pas que ces connaissances aient été utilisées traditionnellement par les sociétés burkinabè concernées par cette étude. Selon le Dr Bicaba, il y a très peu d'utilisation de méthodes traditionnelles et naturelles d'espacement des naissances au Burkina Faso, mais il est vrai qu'il manque d'études sur le sujet³⁶. D'après les informations données par les répondants, les connaissances du cycle de

³⁶ Les méthodes traditionnelles au Burkina Faso regroupent l'abstinence, le retrait, les gris-gris ou amulettes et la ceinture, fournis par les marabouts, ainsi que le miel, les potions et les décoctions maison. Pour plus d'information sur le sujet, voir CONAPO, 2000 : « Transition des méthodes traditionnelles aux méthodes modernes de contraception au Burkina Faso ».

la femme viennent de deux sources principales: les marabouts pour les musulmans et la formation "préparation au mariage" pour les catholiques.

Du côté des musulmans, certains hommes âgés connaissaient très bien les moments fertiles et non fertiles du cycle de la femme, comme Siembou, 50 ans, qui a accepté de nous parler de ces « secrets » :

Oui, je connais ça [les méthodes naturelles]. J'ai fait l'école coranique, il y a des moments où il faut se méfier de toucher la femme, d'autres il n'y a pas de problèmes. Si la femme est en règle, je peux faire 15 jours avant de toucher à la femme. Parce que quand les règles coupent, du quatrième au septième jour, la femme peut tomber enceinte. J'ai appris ça à l'école coranique. Il y a un livre qui détaille ça. (...) Non, ce n'est pas le Coran. On appelle ça *Kita*, c'est un livre de secrets sur le Coran, ce sont les marabouts qui ont ça, ça vient des arabes, c'est écrit en arabe, les marabouts traduisent en *dioula*. Mais tous les marabouts ne donnent pas les secrets.

Il paraîtrait en effet que les marabouts enseignaient traditionnellement les méthodes naturelles pour espacer les naissances et que ce serait d'ailleurs une des raisons pour lesquels ils se montrent ouverts aujourd'hui par rapport à l'utilisation des contraceptifs modernes. À Barani, chez les Peuls, les marabouts vendent aussi des ceintures ou cordes « magiques » que les femmes peuvent mettre autour de leur taille pour éviter les grossesses.³⁷ Deux répondantes avaient déjà utilisé ces cordes, mais sans succès...

Du côté des catholiques, la connaissance des méthodes naturelles vient surtout d'un apport extérieur, notamment de la formation « préparation au mariage » de l'Église catholique de Nouna. En effet, dans les villages bwaba, tous ceux qui veulent se marier avec l'Église et la religion catholique doivent aller suivre une formation de quelques semaines à la ville où ils apprennent des éléments sur le mariage, la vie de couple, l'entente, la famille et où on leur enseigne également les méthodes naturelles d'espacement des naissances, c'est-à-dire qu'on leur enseigne à compter les jours et à observer la glaire cervicale, notamment avec l'aide de la méthode du collier³⁸. L'enseignement des méthodes naturelles est depuis longtemps lié à la religion catholique puisque ce sont les seules méthodes de planification familiale acceptées par l'Église catholique, et ce depuis l'*Humanae Vitae* de 1968 du Pape Paul VI. Plusieurs de ces méthodes, notamment la méthode du calendrier, celle du thermomètre ou la méthode de la glaire cervicale Billings,

³⁷ Nous sommes allés au marché de Barani avec notre interprète nous procurer une de ces cordes auprès d'un marabout et celle-ci en a profité pour s'acheter une corde similaire contre les morsures de serpent.

³⁸ Collier avec des boules de différentes couleurs permettant de suivre le cycle reproducteur de la femme et de compter les jours. Issue de projets américains et subventionnée par l'USAID, la méthode du collier s'est fortement répandue au Burkina Faso où elle a été acceptée par les autorités nationales.

conçues dans les années 50 et 60, ont ainsi été enseignées à travers le monde par les religieux ou par des organisations religieuses et de médecins, notamment le WOOB (World Organisation of Ovulation Method Billings) créé par les Dr. Billings. C'est dans ce contexte aussi que les méthodes naturelles ont été enseignées au Burkina Faso. Une représentante de l'église catholique de Nouna que nous avons rencontrée et qui enseigne les méthodes naturelles lors du cours « préparation au mariage », explique que ce sont des sœurs blanches et des médecins burkinabè qui sont allés suivre une formation en Allemagne et qui ont ensuite formé une personne dans chaque paroisse du Burkina pour enseigner cette méthode.

Toutefois, l'enseignement de la méthode auprès des populations rurales semble ardu et est loin d'être un succès, tout d'abord parce que les formateurs manquent peut-être d'aptitudes pédagogiques ou de compréhension de la méthode et ne font pas de suivi auprès des populations, ce qui aiderait à l'apprentissage, mais aussi parce que l'Église catholique se positionne contre la contraception. L'enseignement des méthodes naturelles semble donc davantage se concentrer sur l'abstinence de l'homme, l'entente dans le couple et le bon moment où avoir des enfants, plutôt que sur le côté purement contraceptif de la méthode, c'est-à-dire les moments où il faut éviter d'avoir des rapports avec la femme pour qu'elle ne tombe pas enceinte. L'église catholique véhicule aussi certains préjugés sur les habitudes sexuelles « bestiales » et « incontrôlées » des populations et de l'homme en général.

On leur dit, l'homme n'est pas un animal, il faut bien se préparer pour avoir des relations et ce n'est pas à tout moment comme des animaux. C'est sur ce côté qu'on appuie surtout. L'homme peut comprendre. Ceux qui ne comprennent pas, eux restent comme des animaux, à tous moments il faut qu'ils fatiguent la femme, et ils ne préparent même pas la femme, d'un coup comme ça ils tombent sur la femme! Aya! Ça peut être une grossesse et peut-être la femme peut avoir un enfant de 6 mois.
(Une responsable de la formation "préparation au mariage" de l'église catholique de Nouna)

Mais le plus grand problème dans l'enseignement des méthodes naturelles provient probablement des difficultés des populations visées à pouvoir compter les jours et à suivre leur cycle : le suivi de la glaire cervicale apparaît comme trop compliqué et même le fait de compter les jours entraîne plusieurs problèmes. Beaucoup de répondants étaient confus par rapport aux jours fertiles ou non fertiles, ils avaient de la peine à se souvenir ce qui avait été dit lors de la formation et la plupart ne pouvaient pas cerner la période fertile, d'autres

inter-changeaient carrément les moments fertiles avec les moments non-fertiles. Des conceptions traditionnelles se mêlaient aussi à l'enseignement des catholiques comme la notion de propreté ou la contamination de l'enfant. Ces confusions dans les règles provoquaient parfois des disputes au sein du couple. Gaston, par exemple, reprochait à sa femme de l'avoir trompé:

On suivait ça, mais à un moment donné, on s'est trompé. J'ai demandé à ma femme et elle a dit que non, qu'il n'y a pas de risques, que j'ai déjà compté, mais ensuite elle est tombée enceinte, donc c'est ma femme qui m'a trompé. (Gaston, 28 ans)

Dû à ces confusions, les formateurs préfèrent aller au plus simple en allongeant par contre la période réelle de potentielle fertilité et en suggérant de ne pas avoir de rapports avec la femme durant les 15 jours après les règles. On en arrive donc à demander aux hommes de s'abstenir plus de la moitié du cycle de la femme, ce qui est une exigence que peu peuvent assumer. Ainsi, parmi les répondants, plusieurs hommes n'arrivaient pas ou refusaient de suivre cette méthode.

Nous avons déjà eu la formation à Nouna pour compter les jours, moi et mon mari, les deux nous étions là-bas, mais maintenant mon mari ne veut pas suivre la loi, il comprend mais il ne veut pas suivre la loi. Souvent je me rappelle de tout ça et je lui dis, mais souvent il n'accepte pas. (Brigitte, 26 ans)

Non, chez nous ici, dans les villages, on ne peut pas vraiment faire ça comme les Français, nous les Bwaba. On a appris à faire ça, mais on ne peut pas le faire quoi, on ne peut pas supporter. J'ai utilisé, mais ça ne marche pas quoi. (Samuel, 43 ans)

Parmi l'ensemble des répondants, plus de la moitié (58%) connaissaient les méthodes naturelles pour compter les jours et contrôler les naissances, mais parmi eux, la majorité (59%) n'avaient jamais utilisé ces méthodes, soit parce qu'ils n'avaient jamais essayé, soit parce que le mari ne voulait pas ou n'arrivait pas à suivre, soit parce qu'ils avaient abandonné ou oublié la méthode ou soit parce qu'ils n'avaient pas confiance en cette méthode. Seulement 14 répondants avaient donc déjà réellement suivi une méthode naturelle d'espacement des naissances et parmi ceux-ci, nous avons constaté que neuf comptaient mal les jours et cinq utilisaient bien la méthode. Dans les faits, les méthodes naturelles semblent donc difficiles à suivre, surtout pour les hommes, et plusieurs répondants ont avoué préférer les méthodes médicales, même s'ils avaient suivi la formation à Nouna.

Mais si tu n'as pas la mémoire, tu peux te tromper, mieux vaut faire les autres méthodes, là tu es à l'aise. Pour ne pas être trompé, c'est très simple avec ces méthodes, mais si on compte toujours les jours on peut se tromper et ça va causer des problèmes encore. (Philippe, 37 ans)

Cette difficulté pour les répondants en milieu rural de concevoir le temps linéairement et de compter les jours est aussi la raison principale pour laquelle la pilule contraceptive est très peu utilisée par rapport aux méthodes hormonales plus fortes comme l'injection ou l'implant, méthodes sur lesquelles la femme a aussi moins d'emprise et de contrôle puisque c'est l'infirmier qui se charge de lui mettre ou de lui injecter. Malgré le fait que la pilule provoque peu d'effets secondaires indésirables chez les femmes qui la prennent et que les répondants n'ont pas de craintes par rapport à son utilisation (seulement 12% des répondants ont mentionné des inquiétudes par rapport aux effets secondaires de la pilule contre 43% pour le Norplant par exemple), la pilule n'est pas choisie comme méthode de PF et ceux qui la choisissent passent souvent à une autre méthode à cause de la peur de l'oublier. Cette peur est vraiment forte: la grande majorité des répondants ont souligné le fait que si on oubliait une seule fois de prendre la pilule ou si on se trompait d'heure, « c'était dangereux, ça pouvait causer des problèmes, ça pouvait amener une grossesse non désirée et même des jumeaux »! Il est vrai qu'il doit être difficile pour les femmes de devoir s'occuper de deux enfants en même temps, mais cette peur d'avoir des jumeaux si on oublie la pilule, peur présente dans toutes les communautés, demeure énigmatique. Il est possible qu'elle soit liée à une cosmologie particulière, chez les Dogon, par exemple, une signification spéciale est accordée aux jumeaux³⁹ alors que chez les Mossi, ceux-ci sont craints et considérés comme dangereux, l'infanticide était d'ailleurs pratiqué traditionnellement sur les jumeaux (Conombo, 1989), mais il faudrait se pencher davantage sur cette énigme en lien avec la pilule contraceptive.

Les infirmiers sont aussi en cause par rapport à la faible utilisation de la pilule. En effet, bien que ce soit pour eux la meilleure méthode et celle qu'ils privilégient (c'est la méthode la plus utilisée à la ville) plusieurs nous ont avoué que, pour s'assurer que les femmes prennent bien leur pilule chaque jour, ils leur faisaient un peu peur avec certaines exagérations, comme le fait que l'on puisse tomber enceinte si on oublie une seule pilule, plutôt que de leur expliquer qu'oublier une pilule n'est pas grave et qu'il suffit d'en prendre deux le lendemain. Nous avons constaté, lors de nos séjours dans les CSPPS, que le

³⁹ Renseignement issu d'un séjour en pays dogon.

personnel médical a souvent tendance à sous-estimer les populations rurales et les capacités des femmes à utiliser des méthodes qui demandent une certaine participation active de leur part. Pourtant, parmi les répondantes qui prenaient effectivement la pilule, la moitié maîtrisait très bien son utilisation, comme Salimata.

Je n'ai pas de craintes. Avant j'avais peur parce qu'ils disent que si tu commences à prendre la pilule, si une seule fois tu oublies c'est dangereux, tu risques de tomber enceinte. Donc au début j'avais peur mais plus maintenant. (...) Comme je suis habituée de prendre la pilule depuis deux ans, je n'oublie pas de la prendre. (Salimata, 40 ans)

De plus, selon les dires d'un bénévole qui fait partie d'une OBC à Nouna et qui distribue des pilules contraceptives, les femmes qui viennent la voir n'ont pas de problèmes avec l'utilisation de la pilule puisqu'elle prend le temps de parler avec elle, de bien leur expliquer et qu'elle agit comme une mère avec elle, les femmes se sentant ainsi en confiance : « Il y a beaucoup de femmes qui sont habituées avec moi, ce n'est pas comme aller à l'hôpital, moi je suis comme eux, je sais comment les accueillir et les sensibiliser, je prends le temps, à l'hôpital il n'y a pas ce temps. »

Il demeure par contre que certains facteurs des milieux ruraux semblent rendre plus difficile l'utilisation de la pilule ou des méthodes naturelles comme le manque d'éducation, le manque de repères temporels permettant de compter les jours (calendrier, montre, horloge, radio, télévision, ou encore horaire hebdomadaire de travail), mais aussi la charge de travail des femmes qui est très grande et qui les mène à oublier ainsi que la consommation de *dolo* (bière de mil) dans les villages bwaba, activité au centre de la vie sociale: enfants, jeunes, vieux, adultes, tous en consomment et tous les jours de la semaine!⁴⁰ Sophie, 36 ans, raconte que les femmes bwaba partent boire le *dolo*, puis elles oublient leur pilule et tombent enceinte. Les vieux couples, comme Honoré, 53 ans, et sa femme, ne choisissent pas la pilule pour les mêmes raisons. Quant à Olivier, l'informateur villageois, il explique que, l'alcool étant un excitant, il devient bien difficile d'écouter la femme et de suivre des méthodes où l'on doit compter les jours !

Tous ces éléments permettent donc de comprendre les choix des répondants et d'expliquer pourquoi les contraceptifs hormonaux de longue durée comme le Dépo-Provera et le Norplant sont les plus populaires en milieu rural. Toutefois, il est vrai que le temps

⁴⁰ Cette consommation traditionnelle de *dolo* dans les villages bwaba, boisson confectionnée par les femmes griottes, s'est malheureusement aggravée dans les dernières années avec l'apparition des alcools forts comme le *Sopal*.

pris à bien expliquer à la femme et à lui redonner confiance dans sa capacité de connaître et de contrôler son cycle ainsi que l'accès à du matériel didactique ou aide-mémoire puissent aider les répondants des milieux ruraux à utiliser la pilule ou les méthodes naturelles. De plus, certains contraceptifs comme le stérilet ne sont tout simplement pas disponibles et l'image des préservatifs serait aussi à travailler puisqu'ils ont été systématiquement liés lors des entrevues au sida et au libertinage ou à la prostitution et non à la planification familiale (les préservatifs ne sont pas conçus, pour la majorité, comme méthode contraceptive pouvant être utilisée au sein du couple).

4.5 - Perturbation du cycle menstruel et fécondité

Comme nous l'avons constaté dans les précédents chapitres, l'utilisation des contraceptifs touche à la conception du corps reproductif, mais elle touche aussi à ce corps lui-même, les contraceptifs hormonaux le transforme et chaque femme ressent les effets de cette transformation en lien avec ses propres conceptions du corps, de la biomédecine et de la vie reproductive. Beaucoup d'études ont été faites sur les effets secondaires des contraceptifs et la perception de ces effets par les populations d'Afrique de l'Ouest (Castle, 2003 ; Trussell *et al*, 1989, Davids, 2000, etc.) et nous ne nous attarderons pas sur ce sujet. Mais ce qui ressort des entrevues est que, outre les impacts ressentis sur le corps, douleurs, vertiges, nausées, ballonnements d'estomac et craintes de tomber malade, ce qui inquiète le plus les répondants concerne les perturbations au niveau du cycle menstruel. Les saignements irréguliers ou continus et l'arrêt des règles, provoqués par l'injection ou l'implant, amènent les répondants à se poser des questions sur l'interaction entre le contraceptif et le corps et les effets qu'il peut avoir à long terme. Plusieurs mentionnent l'importance que le contraceptif choisi « aille avec le corps » et que s'il « ne va pas avec le corps » le contraceptif peut occasionner des problèmes de santé, les dérèglements menstruels seraient une preuve que le corps de la femme ne s'adapte pas au contraceptif.

Avant je faisais le Dépo, mais tout le temps, tout le temps j'avais les règles jusqu'à un mois. J'avais peur. Je voulais prier, mais si tu es en règle tu ne peux pas prier donc je suis venue demander à la femme, je lui ai dit que le Dépo ça n'allait pas avec moi, que tout le temps le sang coulait, donc je suis venue demander et elle a dit que si vraiment ça cause des problèmes et que le sang coule, ils vont changer la PF et c'est pour ça qu'ils m'ont montré la pilule et maintenant que je prends ça les règles sont normales. (Salimata, 40 ans)

L'aménorrhée inquiète encore davantage que les saignements continus, puisqu'elle est le présage pour plusieurs d'une potentielle infertilité. Le fait d'avoir ses règles pour une femme est signe de fertilité et l'arrêt des règles trouble les femmes qui veulent avoir encore des enfants. Les rumeurs issues de la communauté à ce sujet sont aussi très fortes et angoissent les femmes malgré les conseils rassurants des infirmiers. Fatima, 20 ans, Mariam, 29 ans, et Germain, 33 ans, utilisent tous l'injection Dépo-Provera, mais ont tous pu exprimer leurs peurs en entrevue de ne plus pouvoir avoir d'enfants, notamment suite à une période d'amméhorée provoquée par l'injectoin. Cette situation a même poussé Mariam à changer de méthode pour la pilule. Ces inquiétudes ne sont toutefois pas propres aux femmes de la région : il est vrai que certains auteurs ont rappelé l'importance du sang dans la conception de la fertilité en Afrique (Castle, 2003, Davids, 2000), mais on retrouve le même genre de craintes chez les utilisatrices québécoises par exemple (Saylor, 2000). Les contraceptifs hormonaux transforment le corps de la femme, ils créent un corps non fécond, et beaucoup de femmes à travers le monde s'inquiètent par rapport à la réversibilité de ce phénomène. Des études féministes récentes explorent d'ailleurs les impacts de la suppression des menstruations sur la santé des femmes (Dunn, 2006).

Au Burkina Faso, certaines communautés plus fermées par rapport à la planification familiale, comme à Ira, contribuent aussi à alimenter les rumeurs sur les contraceptifs afin de faire peur aux femmes. Oumou, femme Mossi qui a choisi avec son mari d'utiliser le Norplant malgré les tabous présents à ce sujet à Ira et qui le fait à l'insu de la communauté s'inquiète en fin d'entrevue des saignements occasionnés par le Norplant. Après que l'interprète, qui elle-même utilise le Norplant, l'ait rassurée, elle s'exclame: "Si tu n'as pas quelqu'un pour te renseigner, les gens qui sont ici au village, ils te trompent!" Cette situation montre bien les conflits intérieurs auxquelles font face les femmes et les hommes qui utilisent la PF dans les milieux où elle est mal vue. D'un côté, les infirmiers rassurent les femmes et les couples peuvent voir par eux-mêmes ou en regardant d'autres qui l'ont fait que les contraceptifs ne mettent pas fin à la vie reproductive définitivement, mais d'un autre côté, les rumeurs issues de la communauté font aussi leur effet et la majorité des répondants posaient des questions en fin d'entrevue sur les effets secondaires des contraceptifs. À Lekuy, un petit village bwaba très catholique, des histoires inquiétantes sur le Norplant circulaient dans la communauté. En effet, plusieurs femmes s'étaient fait insérer le Norplant en même temps durant une campagne de sensibilisation et on raconte

que toutes ces femmes sont tombées malades, qu'elles ont déperî, et que la majorité l'ont fait enlever quelques années plus tard. Des histoires similaires existent aussi sur le fait que le Norplant puisse disparaître dans le corps. Ce genre d'événement contribue à renforcer les rumeurs négatives de la communauté au sujet des contraceptifs et à effrayer celles qui voudraient faire de la PF, mais peut-être est-ce aussi un moyen pour la communauté d'exprimer ses craintes par rapport à l'interaction entre les nouvelles technologies contraceptives et la santé de la femme. Les infirmiers, qui baignent dans la logique biomédicale et la rationalité occidentale, ont trop souvent tendance à nier les effets secondaires des contraceptifs et à les attribuer à d'autres maladies du patient, à ramener les inquiétudes au domaine du psychologique et à les discréditer.

Pour les problèmes de santé, les gens confondent deux phénomènes, quand elles tombent malades après l'insertion du Norplant, elles incriminent le Norplant, alors que c'est souvent un problème de santé autre, une parasitose intestinale ou un paludisme. Souvent quand on insère le Norplant, pour elles tout est fini, il ne devrait plus y avoir de maladies, alors que ça ne garantit pas ça. (Maieuticien au CSPS de Nouna)

Il y en a aussi qui trouvent les effets secondaires gênants, une femme qui va avoir un trouble de cycle menstruel, elle ne supporte pas ça, il y a des femmes pour qui c'est important d'avoir ses règles une fois par mois et elles ne supportent pas psychologiquement que ça ne soit pas le cas. (Infirmier chargé de la SR dans le district sanitaire)

Contre cette attitude des infirmiers, qui nient les impacts des contraceptifs sur le corps, la communauté interviendrait alors pour exposer ses craintes par rapport à l'intervention biomédicale qui a malgré tout un impact bien réel sur les corps reproductifs.

L'utilisation des contraceptifs, en milieu rural, doit être conçue en lien avec les conceptions de la fertilité et l'importance accordée aux enfants. Le moment de la fin de la vie reproductive, l'espace idéal entre les enfants et les inquiétudes liées à la durée de l'arrêt des règles à cause des contraceptifs sont d'autant d'éléments temporels de la vie reproductive qu'il importe de comprendre dans une logique où l'on valorise la natalité. En ce sens, pour la plupart des répondants, la PF se substitue à certains tabous d'abstinence ou encore agit comme un médicament pour soulager la femme de ses souffrances ou diminuer la mortalité infantile, mais ne représente pas un moyen de planifier les enfants et de restreindre leurs naissances. Le corps de la femme est le lieu d'expression du fort désir de natalité, désir de la communauté, mais désir aussi fortement masculin, comme nous le

verrons. Pourtant, pour certaines femmes et pour les jeunes couples, l'utilisation des contraceptifs procure des avantages nouveaux qui sont corrélés à des transformations dans les conceptions de la famille et du rôle de l'homme et de la femme et nous tâcherons de saisir la dynamique de ces transformations dans les prochains chapitres.

5 - CONCEPTION DE LA FAMILLE : UN DÉSIR D'ENFANTS CONTRAINT PAR LES MOYENS ET LES AVANTAGES D'AVOIR MOINS D'ENFANTS

Bien que le désir d'enfants soit toujours très fort en milieu rural, les enfants étant nécessaires pour assurer la sécurité économique de la famille en plus d'être un don de Dieu qu'on ne peut refuser, la détérioration des conditions de vie depuis les années 70-80 et les difficultés de la vie paysanne, de plus en plus misérable, ainsi que les pressions de plus en plus fortes du pouvoir médical sur les populations rurales font en sorte que plusieurs se sentent contraints à avoir moins d'enfants pour des raisons économiques, par manque de moyens et pour éviter la mortalité infantile et la malnutrition. Beaucoup d'hommes s'attristent de cette situation, surtout les plus pauvres, même si les femmes laissent parfois paraître leur satisfaction par rapport au fait d'avoir moins d'enfants. Dans tous les cas, la notion de choix en matière de planification familiale est à revoir puisque dans ce contexte économique précaire, et tant que les conditions de vie ne s'amélioreront pas, on ne pourra parler d'un désir réel de diminution de la fécondité.

Toutefois, une partie de répondants, les plus jeunes et surtout chez les Bwaba, société qui s'est toujours montrée plutôt perméable aux changements (Capron, 1973), planifie réellement avoir moins d'enfants. De nouveaux concepts apparaissent chez ces jeunes, comme les idées de liberté, de bonheur, de modernité, de distinction sociale, et les enfants prennent un autre sens: on préfère en avoir moins et miser sur leur éducation, leur sécurité, pouvoir assurer leurs besoins et bien les gérer, plutôt qu'en avoir beaucoup et risquer de vivre la misère, même s'il faut pour cela aller contre les valeurs de sa communauté. Le rôle de l'homme et de la femme au sein de la famille et par rapport aux enfants se transforme aussi, la femme n'est plus seulement une mère, elle peut mieux travailler, s'entretenir, se faire belle, être une meilleure ménagère, et, surtout, être plus disponible pour son mari ce qui met en jeu une nouvelle facette de la famille: l'entente dans le couple et la prise commune de décisions à cet effet. Dans le cas où les désirs des hommes divergent de ceux de leur femme, les contraceptifs sont utilisées comme outils par les femmes pour créer un espace de négociation par rapport à la fécondité où s'actualisent les relations de genre, ce qui sera le thème du chapitre VI. La conception de la famille et la vision des enfants et du rôle de l'homme et de la femme à ce sujet nous permettra donc de faire le lien entre la conception de la vie reproductive en milieu rural et les transformations que l'utilisation des contraceptifs et du discours qui l'entoure par les femmes et les hommes

opèrent sur les relations de genre en général. La conception de la famille nous permettra aussi de mieux comprendre la logique économique des populations rurales de notre étude.

5.1 - L'importance des enfants

L'interaction entre le pouvoir médical et les valeurs de la communauté (chapitre 3.3) nous a permis de comprendre que les contraceptifs sont souvent utilisés à des fins différentes que ce pour quoi ils sont proposés et que la communauté, les instances religieuses, les hommes, et même certaines femmes, peuvent mettre des conditions et des restrictions à l'espacement des naissances et à l'utilisation des contraceptifs, notamment le fait qu'il ne doivent pas être utilisés pour avoir moins d'enfants ou pour ne plus avoir d'enfants. Le désir d'avoir beaucoup d'enfants est donc encore très présent, mais c'est un désir fortement masculin et pas toujours partagé par les femmes. Celles-ci n'ont souvent pas le choix et bien que certaines femmes désiraient beaucoup d'enfants, la majorité ont plutôt laissé entendre qu'elles auraient préféré en avoir moins, mais qu'il s'agissait du désir de leur mari et qu'elles ne voulaient pas le décevoir ou lui désobéir. Ces femmes ne considèrent pas qu'il s'agit d'un choix qui leur appartient. Beaucoup de femmes affrontent alors un conflit intérieur: d'un côté, elles avouent que si on leur laissait le choix, elle voudraient moins d'enfants, mais d'un autre côté, elles sont conscientes de la valorisation sociale et du bonheur qu'elles reçoivent à produire une famille nombreuse et le contraire leur semble anormal puisque le rôle de la femme dans la société est d'enfanter. Des contradictions surgissent alors dans leur discours comme pour Biba, 29 ans, qui s'exclame : « Si je n'ai plus d'enfants, ce n'est pas grave, c'est bon! », puis rit, regarde le sol et rectifie : « Mais je veux toujours des enfants... En profondeur de moi je veux encore des enfants. »

Du côté des hommes, ceux-ci justifient leur fort désir d'enfants en soulignant qu'ils ont les moyens et que ça les regarde, sous-entendant ainsi que les programmes de sensibilisation pour l'utilisation de la PF contre la mortalité infantile et maternelle ne les concerne pas et qu'ils ont le droit d'avoir les enfants qu'ils veulent s'ils convainquent l'interlocuteur, nous en l'occurrence, qu'ils peuvent bien s'en occuper. Cette situation paraît attristante au sens où, pour ces hommes, il faille maintenant justifier, face au pouvoir médical, avoir les moyens économiques pour exhausser un désir qui a toujours paru naturel

et accessible à tous auparavant, soit avoir une famille nombreuse. Honoré, 53 ans, se défend donc en entrevue en disant qu'il avait les moyens pour nourrir ses dix enfants et Philippe, 37 ans, déclare : « Si tu sais qu'il y a des moyens pour nourrir les enfants, même si tu fais beaucoup d'enfants, ça va, ça vous regarde. » Le choix d'avoir beaucoup d'enfants ou non se réduit donc, pour beaucoup d'hommes, à une question économique et les femmes constatent que si leur mari a les moyens, elles ne peuvent pas amener d'arguments pour proposer d'avoir moins d'enfants, ce qu'au fond elles désirent pour bien d'autres motifs que ceux purement économiques.

Si j'explique ça à mon mari, lui dit que même si les enfants sont devenus beaucoup, lui il a les moyens de les gérer. (Djeneba, 33 ans)

Quand on se penche sur les raisons qui justifient ce désir d'enfants de la part des hommes, on arrive à plusieurs éléments qui concernent tous de près ou de loin la sécurité et la survie économique de la famille. Les enfants aident les parents pour les travaux champêtres, ils sont la main d'œuvre première, ils permettent aux parents de se reposer et, surtout, d'assurer leur retraite une fois rendus plus âgés, dans une société où aucune assurance sociale n'est garantie pour les vieux jours à part les enfants⁴¹.

Moi je veux beaucoup d'enfants. Si c'est une fille, elle peut t'entretenir, te préparer à manger, si tu es malade, elle peut te soigner, si c'est un garçon, un jour si tu es fatigué, il peut même te dire de laisser, de cesser de cultiver, que lui va cultiver pour te nourrir. (Victor, 27 ans)

Les enfants nombreux permettent aussi de diviser les tâches et les fonctions, ils sont en quelque sorte un capital social et économique que les parents peuvent placer à différents endroits en calculant les chances que chaque enfant pourra leur rapporter: ils sont une stratégie pour investir dans différents domaines (éducation, travail au champ, travail à la ville, etc.) Les enfants ne sont donc pas vus individuellement, mais plutôt comme un tout qui peut ramener de la richesse ou du succès à la famille et plus ils sont nombreux, plus cette possibilité est grande.

Si tu as beaucoup d'enfants, comme les enfants ne sont pas pareils, si certains ne peuvent pas te soutenir, d'autres peuvent te soutenir. (Fatou, 36 ans)

⁴¹ Voir, à ce sujet, Roth (2007) sur la solidarité intergénérationnelle au Burkina Faso.

Selon moi, si tu as beaucoup d'enfants, certains vont aller à l'école, d'autres vont aller au champ, d'autres vont aller à l'extérieur, d'autres aussi vont faire l'école coranique. (Ousmane, 55 ans)

Dans certains cas, notamment chez les Peuls, le besoin de garçons justifie aussi le désir d'avoir davantage d'enfants puisque seuls les garçons demeurent dans la famille et y ramènent un revenu, ils sont une sécurité pour les parents puisque les filles partent vivre dans la famille de leur époux. Amadou explique ainsi qu'il n'a eu qu'un garçon et que sa femme doit avoir d'autres enfants qui puissent les aider.

Un nombre élevé d'enfants demeure aussi une assurance contre la mortalité infantile. Beaucoup de répondants raisonnent en terme de quantité d'enfants en vue de ceux qui vont mourir, et il semble que tant que les conditions économiques de la vie rurale ne changeront pas, tant que le taux de mortalité infantile restera aussi élevé (pour nos répondants il était de 1,2 enfants par femme et considérant le fait que toutes n'avaient pas atteint la fin de leur vie reproductive), les hommes préféreront avoir beaucoup d'enfants pour assurer l'avenir de leur famille. Il est vrai que le taux de mortalité infantile au Burkina Faso a baissé et que certains couples réalisent qu'en ayant moins d'enfants, il y a aussi moins de mortalité infantile, mais il demeure que les conditions de vie sont loin d'être idéales, elles se sont même détériorées selon les répondants, et la réduction du nombre d'enfants ne doit pas être la seule solution apportée au problème de la mortalité infantile et de l'appauvrissement des populations en général. Beaucoup doutent encore que leur enfant puisse avoir accès à des soins de santé adéquats et à une longue vie, ils doutent que les conditions de vie s'améliorent et plusieurs préfèrent avoir plus d'enfants par peur d'en perdre puisqu'ils sont confrontés à une situation sur laquelle ils n'ont pas l'impression d'avoir le contrôle.

Que ce soit beaucoup ou peu, ça va, mais les gens qui veulent seulement deux, si les deux sont restés vivants, c'est mieux, mais souvent aussi on doute, on ne sait pas si ces deux enfants-là ne vont pas décéder, comme moi, par exemple, j'ai deux enfants qui sont décédés. (Dramane, 50 ans)

Chez vous les Blancs, tout est calculé, chez nous, ce n'est pas calculé. Pour arrêter les enfants, il faut être sûr que les enfants qu'on a eus vont avoir une longue vie. Si eux ne sont pas en santé, on voit qu'ils ne sont pas forts, la maman non plus, si on arrête, on ne peut pas arriver. Vous les Blancs vous êtes sûrs de vous, vous contrôlez tout, nous on ne contrôle pas tout. (Christian, 49 ans)

Il est important de comprendre cette attitude par rapport à la mortalité infantile en terme d'incertitude et avec la logique pragmatique de l'affliction et de malchance si bien décrite par Whyte (1997), logique qui cadre dans une vision de la vie et de la reproduction non pas linéaire mais bien contingente aux événements extérieurs et même aux relations sociales (comme le décrit Bledsoe, 2002), ce qui rend la vie elle-même et le succès reproducteur vulnérables aux aléas de l'existence qu'on ne peut contrôler.

Outre l'aspect économique des enfants, ceux-ci sont aussi une fierté pour les hommes, ils leur apportent du prestige et du respect au sein de la communauté et il est donc difficile pour un homme de ne pas se conformer à cette tendance générale, surtout chez les Dafi, société musulmane où les pressions pour avoir beaucoup d'enfants se font davantage sentir. Beaucoup d'hommes comme Ousseni considèrent que les couples qui ont beaucoup d'enfants travaillent mieux et sont mieux considérés par leur communauté par rapport aux couples qui ont moins d'enfants, vu comme des paresseux. Aucun homme n'irait donc avouer en public qu'il désire moins d'enfants, même si certains proposent pourtant à leur femme d'aller faire la PF en cachette. La majorité des familles sont nombreuses et les paysans n'ont pas d'exemples autour d'eux de familles moins nombreuses : ce qui est normal, c'est d'avoir beaucoup d'enfants, comme l'expliquent Ousseni et Ousmane.

Ici comme il n'y a pas rien sauf l'agriculture, moi je veux beaucoup d'enfants pour m'aider à cultiver et pouvoir bien se nourrir dans la famille. (...) Moi ma pensée, c'est que ceux qui ne veulent pas beaucoup d'enfants, ils n'ont rien, ils n'auront pas beaucoup d'enfants pour les aider pour les travaux pour gagner des choses abondamment. Les femmes qui font la planification, c'est parce qu'elles sont d'accord avec leur mari pour ne pas beaucoup cultiver. (...) Oui, c'est une fierté d'avoir beaucoup d'enfants, avec mes amis on a déjà parlé de ça, que ceux qui ont plus d'enfants vont mieux travailler que ceux qui en ont moins. (...) Tous les couples qu'on connaît parlent de beaucoup d'enfants, il n'y en a pas qui ont moins. Il y a des gens qui ont moins d'enfants, mais il n'aiment pas, c'est Dieu qui leur a donné comme ça. (Ousseni, 28 ans)

Si c'est pas les fonctionnaires, il n'y a personne ici qui veut moins d'enfants. Il y a des gens ici qui ont 18 enfants, 19, même 20! Une seule femme! (Ousmane, 55 ans)

Bien que certains répondants parlaient du bonheur d'avoir beaucoup d'enfants, pour la plupart des répondants, la question « quel bonheur vous procure les enfants? » semblait souvent illogique ou absurde. Pour beaucoup, les enfants ne sont pas un choix, ils ne sont pas conçus comme procurant de la joie, ils sont une réalité de la vie, un don de Dieu qu'il

suffit d'accepter et sur lequel l'homme n'a pas d'emprise. Surtout du point de vue des répondants musulmans, qui considèrent que l'homme n'a pas de point de contrôle sur le monde, c'est Dieu qui décide des enfants. Cette idée est tellement forte que même les femmes qui utilisent la PF continuent à dire que c'est Dieu qui décide du nombre d'enfants qu'elles auront, comme Messita, 26 ans, qui déclare: « Non. Beaucoup d'enfants, je ne peux pas. Mais si Dieu me donne, je vais prendre », alors qu'elle prend l'injection depuis neuf mois et sait qu'elle contrôle ainsi sa fécondité. Pour les répondantes qui n'utilisent pas la PF, l'idée selon laquelle la femme ne peut avoir d'emprise sur sa fécondité ou que seul Dieu a ce droit est encore plus forte, comme on peut le constater dans la conversation suivante avec Mèma, 42 ans:

Aurais-tu préféré avoir moins d'enfants?

Quand j'étais jeune, je voulais diminuer les enfants, mais comme Dieu a donné, alors j'ai pris, voilà. Ma pensée c'est que même si j'avais eu trois enfants, ça va, mais comme j'ai eu jusqu'à neuf, ça va aussi.

Et que penses-tu des couples qui choisissent d'avoir moins d'enfants?

Ceux qui ont moins d'enfants, c'est bien, c'est Dieu qui leur a donné comme ça.

Mais si ces gens utilisent des méthodes médicalisées pour avoir moins d'enfants?

Ceux qui ont moins d'enfants, ils ont leur affaire avec Dieu, c'est Dieu qui va les aider.

Ces gens décident d'utiliser la PF pour avoir moins d'enfants parce qu'ils disent que ça leur fait moins de dépenses?

Oui, si tu as moins d'enfants, tu as moins de dépenses. Mais c'est Dieu qui décide ça.

Selon Bledsoe (2002), il ne faudrait pas attribuer ces idées à un défaitisme et à un manque d'emprise sur le monde, mais plutôt à une conception différente du corps reproductif: la femme aurait tous les enfants déjà dans son ventre et son action porterait plutôt sur les décisions par rapport aux moments de mettre au monde ces enfants, sur l'espacement de ses grossesses, que sur le choix d'avoir ou non ces enfants. La femme est en effet souvent conçue comme une mère porteuse qui doit enfanter tous les enfants que Dieu lui a donné. En ce sens, il n'est pas normal, à la fois du point de vue des autorités religieuses que de la communauté, qu'elle arrête d'avoir des enfants et cette pression est fortement ressentie par les femmes dont le corps est le lieu d'actualisation du fort désir de natalité de la communauté et plus spécifiquement des hommes, désir souvent justifié par la religion.

Certains disent que leurs femmes ne prendront jamais ça. Que c'est Dieu qui donne des enfants, que c'est Dieu qui a donné les enfants à la femme et que ce n'est pas

normal que les femmes arrêtent de faire des enfants sans que ce soit Dieu qui décide. (Alice, 26 ans)

Selon moi, ce n'est pas bon. La première règle, c'est que la femme soit enceinte. (...) Chez nous, on dit que les enfants, c'est un don de Dieu, si Dieu donne tu auras beaucoup d'enfants, s'il ne veut pas, tu n'auras pas d'enfants. (Christian, 49 ans)

L'imam d'Ira rappelle que selon le Coran, il faut avoir beaucoup d'enfants et que c'est Dieu qui donne les enfants. Les musulmans s'entendent aussi avec l'Église catholique pour dire que la PF gâche en quelque sorte la chance de la femme d'avoir beaucoup d'enfants, idée que plusieurs répondants, musulmans ou catholiques, ont mise de l'avant dans les entrevues.

Nous avons dressé ici un portrait sommaire de l'importance des enfants dans les sociétés rurales burkinabè, mais il faut maintenant spécifier que, malgré la valorisation sociale des enfants et le fort désir d'enfants, plusieurs hommes constatent aussi les problèmes et les difficultés qu'entraînent les enfants et nuancent l'idée selon laquelle un nombre élevé d'enfants procure davantage de bonheur à la famille.

Si tu as beaucoup d'enfants, des fois c'est bien, des fois ce n'est pas bien. S'il pleut bien, vous avez du mil, vous n'avez pas de problèmes, vous avez le bonheur, mais s'il ne pleut pas bien, alors vous allez souffrir. Si vous n'avez pas de nourriture, il n'y a pas d'argent, il n'y a pas de moyens. (...) S'ils [les enfants] restent petits et faibles, ce n'est pas une fierté, c'est des problèmes et de la souffrance, mais s'ils deviennent grands et forts, alors ce sera de la fierté. (Kader, 33 ans)

Du côté des femmes, les difficultés d'avoir beaucoup d'enfants se font encore plus sentir. Les femmes se retrouvent seules avec la charge des enfants et plusieurs ont pu exprimer leurs frustrations dans les entrevues par rapport au fait que les hommes ne pensent pas aux problèmes qu'entraînent les enfants, notamment lorsqu'ils tombent malades, à leurs besoins et aux difficultés d'assurer ces besoins.

Il ne faut pas compter la loi des hommes puisque si les enfants sont beaucoup, c'est toi la femme qui fatigue. S'il voulait que j'enlève le Norplant, je ne sais pas, peut-être qu'il a pensé à autre chose, en tout cas, moi je ne veux plus d'enfants. Les hommes n'ont pas peur de faire trop d'enfants puisque si un jour ça chauffe, qu'il y a trop de dépenses, trop de maladies et ça ne marche pas, ils vont fuir et te laisser avec les enfants. (Cady, 35 ans)

Les hommes veulent beaucoup d'enfants parce que ce n'est pas eux qui s'occupent des enfants. Si les enfants tombent malades, c'est nous qui devons nous en occuper. Ils n'ont pas de travail, ils n'ont pas d'argent, donc c'est les femmes qui doivent se débrouiller pour soigner les enfants. (Djeneba, 33 ans)

Les problèmes économiques des hommes et les pressions des femmes qui utilisent la PF et le discours médical comme outils de négociation face à leur mari pour faire valoir leurs intérêts vont donc contribuer pour certains à la décision d'utiliser la PF, non seulement pour espacer les enfants pour la santé de la femme et des enfants, mais aussi pour avoir moins d'enfants.

5.2 - Détérioration des conditions de vie

Le manque de moyens et les conditions de vie difficiles ont été sans aucun doute les premières raisons mentionnées par la majorité des répondants pour désirer des familles moins nombreuses. Il semble que pour beaucoup, le désir d'enfants est toujours très fort et que ce n'est pas par choix, mais bien par manque de moyens et face aux aléas de l'agriculture qu'on décide d'utiliser la PF. Les jugements négatifs de certaines communautés plus "sensibilisées" par le pouvoir médical par rapport aux mortalités infantiles accentuent davantage cet état de culpabilité face à sa pauvreté et aux difficultés éprouvées à s'occuper de tous ses enfants. Un des jeunes répondants, Gaston, visiblement assez pauvre, déclarait ne vouloir que quatre enfants, pas plus, puisque les récoltes sont mauvaises, mais le ton de sa voix et son attitude, gêné, gardant les yeux au sol, laissait paraître que cette situation était loin de lui convenir. C'est lui d'ailleurs qui se montrait parmi les plus sensibles aux préjugés de sa communauté:

Si tu fais la PF, c'est bien, sinon tu vas serrer les enfants, ils vont t'insulter partout, ils vont dire que le monsieur, vraiment, ce n'est pas la peine, qu'il ne veut pas laisser sa femme tranquille, ils vont dire n'importe quoi. (Gaston, 28 ans)

Beaucoup de répondants, comme Gaston, ont évoqué et décrit les conditions difficiles dans lesquels ils se trouvent et les problèmes économiques importants auxquels ils doivent faire face, problèmes qui contraignent leur désir d'enfants. Pour eux, la vie est de plus en plus difficile et les conditions de l'agriculture s'aggravent notamment à cause des sécheresses, du manque de bonnes terres, mais aussi de la gestion du pays.

Bon voilà, les enfants sont trop nombreux et je ne peux pas bien les nourrir, donc il faut qu'on arrête un peu, deux ans, trois ans, pour espacer. C'est la femme elle-même qui m'a parlé de ça, comme elle est fatiguée. Donc moi-même je vois vraiment que la vie est très dure maintenant. (...) De nos jours, les récoltes ne marchent pas, donc en tant qu'homme c'est toi qui dois t'occuper de ta femme, donc tu dois donner l'argent pour qu'elle vienne faire la PF. (Samuel, 43 ans)

De nos jours, le monde est dur, comme nous sommes des cultivateurs, souvent les récoltes ne vont pas bien, souvent il manque de terre aussi pour cultiver, donc c'est mieux d'avoir moins d'enfants. (Victor, 27 ans)

Bon, les enfants c'est important, mais il y a trop de problèmes maintenant, il y a les maladies, la sécheresse, les moyens manquent (...) Comme maintenant dans le pays c'est dur, si tu as trop d'enfants, ça ne va pas, les habits, la maladie, mais pour ça, ça dépend de Dieu, si tu as 2 enfants ou bien 30, Dieu va t'aider, mais si tu as trop d'enfants, j'ai vu aussi les problèmes. (Siembou, 50 ans)

Bien que les motifs économiques ne soient pas les premiers évoqués du côté des femmes, celles-ci sont toutes aussi conscientes des problèmes économiques de la famille, d'autant plus que c'est elles qui doivent subvenir aux besoins des enfants.

Pour le moment, avoir beaucoup d'enfants ce n'est pas bien. Si tu as eu un peu, tu peux laisser comme ça. Le monde est difficile maintenant. Tu ne peux pas bien gérer tous les enfants. Il y a des problèmes d'argent. (Béatrice, 24 ans)

Entre ces répondants qui ont choisi d'utiliser la PF pour avoir moins d'enfants et permettre à la famille de mieux vivre et ceux que nous avons entendus dans le chapitre précédent, qui désiraient beaucoup d'enfants pour le bien-être de la famille, les désirs et les intérêts sont, au fond, les mêmes. La vision de l'apport des enfants s'est inversée, mais la logique économique de la famille demeure la même. Il serait donc faux de croire, comme on pourrait le penser à prime abord, que les choses ont changé par rapport à la conception de la famille lorsqu'on considère ces répondants qui veulent moins d'enfants. En apparence et en chiffres les choses changent, mais au fond, la logique paysanne demeure la même. Soit on a beaucoup d'enfants, plus de main d'œuvre pour les récoltes, plus d'argent et donc plus de nourriture et de vêtements pour la famille, soit on a moins d'enfants, moins de dépenses, plus d'argent et donc plus de nourriture et de vêtements pour la famille. Si les récoltes sont bonnes et les profits des récoltes raisonnables, la première option est la plus rentable, mais si les récoltes sont mauvaises, qu'il manque de terres et que le prix des produits agricoles ne fait que chuter continuellement alors que le coût de la vie augmente, la deuxième option est plus rentable et elle implique en tout cas une position d'esprit plus prévoyante et surtout consciente des problèmes économiques actuels de l'Afrique et de la vie rurale. Peu d'études ont été faites sur le sujet et il serait intéressant de lier ce changement d'attitude par rapport à la fécondité à des études économiques plus poussées et tenant compte des changements dans la vie agricole burkinabè des années d'après-guerre à aujourd'hui. Ce qui est sûr, c'est

que l'idée qu'auparavant, la vie était plus facile et que les gens avaient plus de richesses a été clairement évoquée et ce à plusieurs reprises.

Nous trouvons que la vie devient de plus en plus difficile, donc pour cela nous avons préféré ainsi. (...) Les hommes ne veulent pas comprendre. Ça doit être des idées qu'ils vont trouver chez leurs grands-pères ou leurs arrière grands-pères. Mais eux ils avaient des richesses, donc c'était possible, maintenant ce n'est plus comme ça. (Yacoba, 27 ans)

Nous nous sommes demandés si cette idée, qui revenait sans arrêt dans les propos des répondants, selon laquelle les gens avaient plus de richesses auparavant et pouvaient soutenir des familles plus nombreuses, était une impression atemporelle ou si nous pouvions la corréler à des faits historiques réels et il nous est apparu qu'après les années 70 et le virage amorcé par les ajustements structureaux du FMI, il y a réellement eu une détérioration des conditions de vie dans les pays d'Afrique, processus que nous avons déjà bien exploré et compris dans les chapitres 1.1.2 et 3.1. Ce processus macroscopique pourrait coïncider avec un appauvrissement des populations rurales qui, mieux que n'importe qui, peuvent sentir ce virage et constater les transformations dans leurs conditions de vie: tous les hommes de la quarantaine et plus ont en effet des souvenirs bien concrets à cet effet⁴². Il est possible aussi que, dans le même contexte, le réseau social se soit effrité de sorte que le soutien de la communauté aux gens en difficulté n'est plus le même comme le souligne d'ailleurs Christian, 49 ans : « Avant même si tu n'avais pas les moyens, les gens s'aidaient donc c'était possible, tout le village s'associait pour donner un peu. Actuellement il n'y a pas ça. » Face à cette situation économique difficile, les hommes espèrent que Dieu comprendra leur situation. Beaucoup de répondants expliquaient qu'ils n'avaient pas eu le choix de recourir à la PF malgré leur « désobéissance » en quelque sorte à la loi divine, mais pour éviter des souffrances à leur famille.

Pour la volonté de Dieu, ce n'est pas bon, mais comme nous on voit de nos jours d'aujourd'hui, si tu as beaucoup d'enfants, ça fait des dépenses, donc on ne peut pas prier Dieu pour nourrir les enfants, donc vraiment si tu fais beaucoup d'enfants, c'est fatigant. (Anatole, 45 ans)

La religion dit que c'est pas bon, mais moi-même je sais que ceux qui ont fait et ceux qui n'ont pas fait, leurs souffrances ne sont pas les mêmes, donc c'est pour cela que je le fais. (François, 32 ans)

⁴² Nous n'avons pas trouvé de littérature précise sur le sujet, mais il pourrait être intéressant d'explorer davantage cette idée.

Il est vrai que chaque personne interprète à sa manière la religion et que pour d'autres répondants, le fait d'avoir moins d'enfants n'allait pas en contradiction avec leur religion, mais ces témoignages donnent tout de même l'impression d'un manque de choix, d'une limitation dans les désirs de ces hommes. Plusieurs répondants nous ont dit que s'ils avaient les moyens, ils préféreraient une famille nombreuse. Il importe donc de ne pas tomber dans le piège démographique selon lequel une amélioration des conditions de vie mène nécessairement à une plus grande utilisation de contraceptifs et à une réduction de la fécondité et, à l'inverse, qu'une diminution de la natalité est liée à une amélioration des conditions de vie. (Richey, 2004) En milieu rural, il est fort possible qu'une amélioration des conditions de vie puisse être corrélée à une augmentation de la fécondité, du moins à court terme et si on exclue les pressions politiques externes que subissent ces populations. Les enfants demeurent essentiels pour les travaux agricoles et il semble qu'il faudrait que le mode de production change pour que les gens désirent vraiment avoir des familles moins nombreuses, ce qu'on peut voir à la ville par exemple ou dans les milieux agricoles industrialisés.

Dans tous les cas, il faut absolument redéfinir les termes employés dans le domaine de la planification familiale. En milieu rural burkinabè, l'impression générale est que la PF ne relève pas du choix individuel et du désir de planifier la famille et les enfants. La PF est le plus souvent une question de survie, elle est liée à la santé de la mère et des enfants ou aux impératifs économiques qui forcent les hommes à cette option plutôt qu'à un choix libre et éclairé. Il est vrai que l'utilisation de la PF aide beaucoup de femmes, mais on ne peut nier non plus les rapports de pouvoir qui demeurent entre elles et les infirmiers ou entre elles et leurs maris. C'est encore eux qui gèrent leurs choix en matière de PF et il est difficile de parler « d'émancipation de la femme ». La PF n'est pas utilisée pour leur bien-être personnel, leur liberté ou leur épanouissement (même si ces éléments peuvent être des conséquences de l'utilisation de la PF chez certaines), mais d'abord et avant tout pour le bien-être de la famille, la santé et la précarité économique étant les deux préoccupations majeures. Tous les termes dérivés du vocabulaire féministe occidental en ce qui a trait à la contraception doivent donc être repensés. Ici, c'est la notion de choix que nous avons remis en question grâce à une analyse du discours des répondants sur leur réalité économique actuelle et les contraintes qu'ils subissent.

5.3- Un pas vers le changement?

Dans les villages où les programmes de sensibilisation sur la PF ont eu plus d'ampleur ou ont mieux fonctionné, la communauté a adopté un discours de changement, de modernité, un discours issu des théories du développement. Beaucoup de répondants dans ces villages, comme les villages bwaba de Bourasso, Bagala et Dara ou encore le village peul de Barani, parlent du fait que le monde change, que le monde évolue et qu'il faut aussi qu'eux-mêmes suivent cette évolution et changent pour mieux vivre. Ces villages ont, soit été plus exposés aux programmes de sensibilisation, notamment à cause de la présence d'un CSPS, de leur proximité avec Nouna, le chef-lieu, ou de la présence d'organisations à base communautaire qui ont su faire participer les différents acteurs de la communauté, soit ce sont des villages qui se sont au départ montrés plus ouverts à l'utilisation de la PF, notamment pour des raisons culturelles ou religieuses (voir chapitre 2.2). Ce qui est sûr, c'est que dans plusieurs villages comme Lekuy, Barani, Dara, Bourasso et Bagala, on parle de changement et des opinions négatives sont véhiculées par rapport à la mortalité infantile. Adèle, 29 ans, explique d'ailleurs pour justifier la décision de son mari : « Quand tu tombes en grossesse avant que ton enfant ne soit sevré, ça cause des morts infantiles et les gens ne sont pas contents avec ça, donc mon mari il a vu ça. » Plusieurs répondants ont affirmé subir des pressions de leurs amis, des voisins ou de leur famille par rapport au fait que les choses évoluent, que le monde change et qu'il faut s'adapter pour mieux vivre, la PF étant une solution. L'opinion des autres et l'idée de progrès influent donc sur les choix en matière de PF et c'est ainsi aussi que certains finissent par se laisser convaincre.

J'ai déjà entendu dire ça par les infirmiers, il y avait mes grandes sœurs aussi, quand j'étais enceinte de mon petit enfant et que j'allais chez elles, elles me grondaient et disaient que déjà toi jeune comme tu es, tu as beaucoup d'enfants et que le monde a changé, le monde a évolué, et que toi-même tu dépéris, donc il faut venir chercher la PF. (Sophie, 36 ans)

Quelques femmes des villages de Bagala et de Dara poussent encore plus loin cette idée de progrès et traitent des questions de bonheur et de liberté, désirant aussi se distinguer des autres paysans.

Avant on ne comprenait pas, comme les infirmiers se sont mis à se parler de ça, on a compris que la PF c'est une bonne chose, la famille va avoir la liberté, les enfants

vont avoir la liberté, la femme va avoir la liberté. (...) Comme nous on a fréquenté, on ne fait pas comme les autres qui n'ont pas fréquenté. Tu ne vas pas serrer les enfants comme les autres qui ne connaissent pas. (Justine, de Bagala, 29 ans)

Si on veut moins d'enfants, pour nous ce n'est pas une question de moyens, c'est pour être heureux. Même s'il y a seulement deux enfants, un garçon et une fille, si la fille s'est mariée, si le garçon a épousé une femme aussi, ils pourront aider leur maman à se reposer. (...) C'est ça qui est à la mode maintenant, les femmes qui prennent l'injection pour avoir moins d'enfants. (Clarice, de Dara, 23 ans)

Ces jeunes femmes bwaba, qui sont allées à l'école (respectivement 6 ans et 3 ans d'étude), désirent se distinguer socialement, et dans un monde où la vie imaginée à la ville est conçue comme un idéal, où les paysans sont vus comme de pauvres analphabètes et comme une main d'œuvre bon marché, le fait d'utiliser la PF et de montrer qu'elles sont "éveillées", qu'elles sont au courant des valeurs "modernes" et désirent elles aussi les adopter leur permet de se classer au-dessus de la masse paysanne à laquelle elles continuent néanmoins à appartenir. Pour elles, les infirmiers et le discours médical représentent la modernité, comme nous l'avons vu dans le chapitre III, les infirmiers sont les vecteurs du changement et du passage d'informations entre la ville et la campagne et il est normal que ces jeunes femmes désirent s'identifier à ce discours pour se distinguer de leurs parents ou des autres "qui ne connaissent pas". Bien que l'attitude de ces femmes et les propos qu'elles tiennent demeure un phénomène encore très marginal en milieu rural, il importe de considérer ces nouvelles idées des jeunes puisque les raisons pour lesquelles ils utilisent la PF sont différentes de celles de leur aînées et permettent de comprendre la manière dont s'opèrent les transformations dans les conceptions de la famille et, surtout, l'importance du discours médical et de l'idée de progrès et de distinction sociale dans ces transformations.

La question à se poser demeure toutefois: à quel point cette attitude nouvelle représente un pas vers le changement? C'est-à-dire que ces idées de changement et de distinction sociale peuvent-elles être rapportées à un désir réel d'avoir moins d'enfants qui soit relié à des transformations dans le sens et dans les fonctions de la famille en milieu rural? À quel point le discours médical est-il repris pour se distinguer sans pour autant être suivi de transformations réelles dans les conceptions de la famille? Les nouvelles valeurs dont discutent Clarice et Justine concernant la famille sont-elles assez fortes et cohérentes avec la vie rurale actuelle pour conduire à de nouvelles organisations sociales et, surtout, à une réorganisation du rôle de la famille? Il semble à prime abord que pour arriver à ce genre de transformation sociale, il faille plus que la réappropriation du discours médical et

le désir de distinction, mais plutôt des transformations plus profondes dans le mode de production et d'organisation sociale et il est possible que l'exemple de Clarice, par exemple, qui ne désire que deux enfants, demeure marginal au sein des sociétés rurales burkinabè. Il serait pertinent par contre de comprendre comment s'articule pour ces jeunes la fameuse dichotomie tradition/modernité et que représentent pour eux les idées de progrès, de modernité et de changement qu'ils mettent de l'avant. En effet, il est possible que ces jeunes utilisent les concepts de la modernité surtout pour de positionner par rapport à leurs aînés, qui sont rattachés à la "tradition", et pour justifier leurs pratiques contraceptives. Le discours de la modernité semble être repris davantage au niveau des représentations et comme rationalisation des comportements. Bourdieu (1980) rappelle d'ailleurs à cet effet l'indétermination du rapport entre les constructions que l'individu produit pour rendre raison de ses pratiques et ces pratiques elles-mêmes. Mais nous verrons aussi dans le prochain chapitre quels sont les avantages après coup de l'utilisation de la PF et de la réduction du nombre d'enfants pour les hommes et les femmes et quelles transformations dans leurs rôles respectifs ont lieu et pourraient faire en sorte que le désir de distinction sociale et la pression du discours médical omniprésent soient aussi liés à des besoins et à des désirs nouveaux par rapport à la taille de la famille qui ne soient pas seulement reliés à des contraintes économiques ou à la santé. En effet, la société ne se transforme pas comme un tout uniformément structuré et certains individus peuvent avoir des désirs nouveaux qui entraînent des changements à long terme sur certains aspects de l'organisation sociale ou dans les conceptions du rôle de la famille, par exemple. Ainsi, Kohler (2001) montre que les décisions par rapport à la fécondité ne se produisent pas dans des couples vu comme autonomes, mais dans un contexte social de relations entre les maisonnées et les choix des uns contribuent à éroder certaines normes et peuvent influencer les choix des voisins, il importe donc de tenir compte des relations sociales et de la manière dont les informations sont véhiculées et certains comportements adoptés.⁴³

⁴³ L'étude de Kanaaneh (2000), révisée dans le chapitre 1.2.3, illustre d'ailleurs bien l'appropriation des concepts de la modernité pour se distinguer des autres par les choix contraceptifs et la création de nouveaux besoins et de nouvelles conceptions de la famille.

5.4- Les avantages d'avoir moins d'enfants

La plupart des répondants que nous allons entendre dans ce chapitre-ci et qui parlent des avantages d'avoir moins d'enfants sont plus jeunes (la moyenne d'âge de ces répondants est de 30 ans alors qu'elle est de 37 pour l'ensemble des répondants), ils sont principalement Bwaba (il y a aussi quelques Mossi, Samo et Peul, mais un seul répondant Dafi) et ce sont surtout des femmes qui expriment ces idées, même si leur mari approuve leur démarche contraceptive pour d'autres raisons. Certaines de ces femmes toutefois ne s'entendent pas avec leur mari et utilisent la PF à son insu. Pour ces couples ou ces femmes qui choisissent d'avoir moins d'enfants, en général ils désirent entre 4 et 6 enfants, la conception des enfants prend un autre sens: on préfère en avoir moins et miser sur leur santé, leur éducation, leur sécurité, pouvoir assurer leurs besoins et bien les gérer, plutôt que d'en avoir beaucoup et risquer de vivre la misère, même s'il faut pour cela aller contre les valeurs dominantes de la communauté, contre la religion ou contre l'autorité du mari.

La santé des enfants est une des premières préoccupations, mais pas seulement en terme d'espacement des naissances comme nous l'avons vu précédemment avec les répondants qui désiraient beaucoup d'enfants. Il ne s'agit pas d'espacer les naissances afin d'éviter la mortalité infantile, mais plutôt de s'assurer que chaque enfant pourra grandir avec les meilleures chances de devenir fort et de rester en forme. Il faut donc avoir les moyens nécessaires pour payer les médicaments et soigner l'enfant afin de s'assurer que tous les enfants puissent bien grandir et ne soient pas malades tout le temps. Avoir moins d'enfants permet donc aux parents de mieux gérer leur santé. La sécurité des enfants a aussi été mentionnée comme critère pour décider d'avoir moins d'enfants. Contrairement aux répondants qui voulaient beaucoup d'enfants afin de diviser les tâches et les fonctions entre les enfants, chaque enfant étant considéré comme partie d'un tout qui peut ramener de la richesse à la famille, les répondants qui veulent moins d'enfants préfèrent investir au maximum dans chaque enfant et mieux gérer ses dépenses et ses besoins.

Pour la sécurité des enfants, si tu as mis un enfant à l'école, si un an après tu as un deuxième à mettre à l'école, peut-être que tu ne pourras pas avoir la sécurité des enfants. (...) Pour pouvoir séparer les enfants. C'est bien. Selon moi les cultivateurs ont trop d'enfants, il y a des problèmes avec l'école, l'habillement des enfants, la santé des enfants c'est des problèmes, donc séparer les enfants c'est mieux. (Alice, 26 ans)

S'il y a trop d'enfants, c'est difficile à gérer, ils ne peuvent pas tous aller à l'école, ce n'est pas facile, s'il y en a un qui est malade, et puis l'habillement aussi. (Roland, 34 ans)

Si les enfants sont beaucoup, il y a des choses que les enfants veulent et tu n'as pas les moyens de payer pour eux, donc si l'enfant n'a pas gagné ce qu'il demande, il n'est pas content, toi aussi tu es le parent de l'enfant et tu n'es pas content car tu n'as pas les moyens de faire les choix des enfants. Donc si les enfants sont peu, peut-être tu peux te débrouiller pour répondre à tous leurs besoins. (Sophie, 36 ans)

Ce qu'on constate ici c'est une transformations dans les besoins des enfants, il faut par exemple payer pour leurs études ou pour les médicaments, ce qui n'était pas nécessaire auparavant. L'éducation est un phénomène étrange en milieu rural puisque bien que tous ces parents valorisent le fait que leurs enfants puissent aller à l'école 3 ou 6 ans, dans les faits il n'existe pas en milieu rural d'emploi autre que l'agriculture ou l'élevage et les rares fonctionnaires viennent des villes ou de la capitale et sont beaucoup plus formés, de sorte que cet investissement dans l'éducation primaire ne s'actualise pas directement en terme de meilleures possibilités de revenu ou d'emploi (les répondants éduqués que nous avons rencontré pratiquent l'agriculture comme tous les autres), ce qui explique probablement aussi le fait que le niveau d'éducation demeure assez bas. Mais ces transformations dans les besoins des enfants viennent aussi de pair avec des transformations dans le rôle des parents, dans le rôle respectif de l'homme et de la femme. Comme le dit si bien Sophie, les parents doivent pouvoir répondre aux besoins de leurs enfants et cela est plus facile s'ils sont peu. Les parents devraient aussi pouvoir mieux gérer leurs enfants et mieux s'en occuper de sorte qu'aucun ne deviendra un mauvais enfant, c'est-à-dire un bandit ou un voleur. Cette idée était très présente dans les propos des répondants qui voulaient moins d'enfants. Selon eux, s'il y a trop d'enfants, il devient difficile de les surveiller et de s'assurer que chacun reçoit une bonne éducation et certains enfants peuvent alors « tourner mal » et rendre leurs parents malheureux. De plus, si les parents ne peuvent répondre aux besoins de leurs enfants, il est fort possible que ceux-ci devront mendier ou voler pour obtenir ce qu'ils désirent.

Si tu as trop d'enfants tu ne pourras pas gérer leurs dépenses, il y en a qui vont devenir des vagabonds, ou bien des voleurs, ou bien ils ne feront pas de bonnes choses, je ne pourrai pas les mettre à l'école, comme ça avec moins d'enfants je peux faire leurs dépenses pour qu'ils deviennent de bons enfants. (Adama, 55 ans)

Si tu fais moins d'enfants, tu peux bien les gérer, mais si tu fais trop d'enfants, il y en a qui vont devenir des voleurs, d'autres qui vont devenir des bandits, ces enfants-là ne peuvent rien faire pour toi, donc c'est mieux de faire un peu et de pouvoir bien les gérer. (Clarice, 23 ans)

Le rôle des parents est donc de gérer leurs enfants pour être sûr que leurs besoins sont satisfaits et qu'ils ne deviennent pas des voyous. Pour Béatrice, 24 ans, le fait d'avoir moins d'enfants lui donne plus de temps libre et quand nous l'avons questionné sur la manière dont elle utilisait ce temps, elle nous a répondu qu'elle avait du plaisir à s'asseoir et à regarder ses enfants et elle semblait visiblement heureuse de cette activité. Beaucoup de femmes comme Béatrice ont laissé paraître ce désir de vouloir mieux s'occuper de leurs enfants, de pouvoir passer plus de temps avec eux comme Bernadette, 28 ans, dont le mari refuse la PF : « Mon mari leur cherche à manger, il leur cherche des vêtements, mais moi ce que je voudrais, c'est pouvoir m'occuper mieux de mes enfants. » Le désir de mieux s'accomplir comme mère est donc central dans leur conception de la famille, mais le fait d'avoir moins d'enfants permet aussi aux femmes de mieux travailler, elles ont plus de liberté et les enfants les gênent moins dans leur travail. C'est du moins les avantages que voyaient les deux femmes Mossi, Mariam et Minata, qui utilisaient la PF à l'insu de leur mari.

Comme ici il y a beaucoup de travail, si tu veux faire ce genre de truc [la PF], ça t'aide dans ton travail. Ça aide les enfants, ça aide la maman aussi, souvent si les enfants sont serrés, voilà lui qui pleure, l'autre qui est malade, tu as l'autre au dos, vraiment c'est pas beau à voir. (Mariam, 29 ans)

C'est une bonne chose, mon enfant a 5 ans, je n'ai pas encore d'enfants, donc nous avons la liberté. Depuis que l'enfant a commencé à marcher, il ne me suis plus tout le temps, n'importe quel travail que je veux faire, je peux le faire et l'enfant ne va pas me gêner. (Minata, 43 ans)

Il est vrai que les Mossi sont réputés dans la région pour travailler beaucoup, ils y ont d'ailleurs importé un mode d'agriculture extensif (Drabo, 2000), et les femmes Mossi ont toujours cultivé : elles ont accès à une parcelle de terre, contrairement aux femmes Bwaba (Kevane, 1999). Ces raisons culturelles expliquent peut-être pourquoi pour ces deux femmes l'avantage principal d'espacer les enfants ou d'avoir moins d'enfants était de pouvoir mieux travailler.

Le fait d'avoir plus de temps et plus de liberté permet aussi aux femmes de mieux entretenir leur maison et de mieux s'entretenir elle-même. La conception du rôle de la

femme dans la famille change, elle n'est plus seulement une mère porteuse, mais elle peut être aussi une bonne ménagère et une séductrice, se faire belle et disponible pour son mari, mais aussi pour bien paraître dans la communauté.

La liberté pour moi, c'est que je vais avoir la paix. (...) Si tu espaces les enfants, tu vas être propre, les enfants vont être propres, ta cour va être propre, si tu ne les espaces pas, tu seras sale, les gens ne vont pas t'aimer. (Justine, 29 ans)

Oui, si tu es tout le temps fatiguée et tu as les enfants qui t'emmerdent tout le temps, toi-même tu n'es pas contente, tu es découragée, mais avec l'espacement des naissances, il n'y a pas de problèmes. Quand tu espaces les enfants, tu n'as pas un bébé alors que l'autre est là et ne marche pas encore, donc tu as le temps de t'entretenir, d'être propre, d'être séductrice, pour un mari jaloux, il verra que c'est parce que tu n'as pas un enfant ou un bébé donc tu as le temps de sortir draguer et faire des trucs ailleurs, c'est souvent ce qui pousse les maris à avoir ce genre de pensées-là. (Safora, 39 ans, prend à l'insu de son mari)

Nous reviendrons sur ce paradoxe entre le désir des hommes que leur femme soit belle, mais la peur qu'elle soit trop séductrice et sorte à l'extérieur puisqu'il nous semble central dans la compréhension des rapports de genre qui émergent dans le processus de négociation de la fécondité. Pour Safiatou, une jeune Peul de 25 ans dont le mari est très éduqué et qui ne désire que 4 enfants, le fait d'avoir moins d'enfants lui donne plus de temps libre et quand nous lui avons demandé comment elle utilisait ce temps, elle nous a répondu qu'elle avait plus de temps pour se faire belle. Une discussion a alors suivie avec elle et mon interprète sur le fait que le mari va aimer davantage sa femme si elle se fait belle et qu'il ne sortira pas voir ailleurs, comme la plupart des hommes font lorsque leur femme est rendue plus âgée et a eu beaucoup d'enfants. À ce moment nous est apparu pour la première fois ce paradoxe entre la femme mère et la femme amante que nous allons retrouver par la suite à plusieurs reprises et sous différentes formes dans les propos des répondants. Alors que pour plaire au mari, la femme doit avoir beaucoup d'enfants puisque c'est le désir de tous les hommes, cela implique aussi que la femme sera peu disponible, qu'elle aura moins de temps pour entretenir la maison et se faire belle, que la cour sera bruyante avec tous les enfants qui pleurent, qu'elle vieillira plus vite de toutes ces grossesses en jeune âge qui auront un impact sur son corps et il est fort possible que le mari ne restera pas à la maison et sortira à l'extérieur voir d'autres femmes, sujet qui sera abordé amplement dans le chapitre VI. Les femmes se trouvent donc dans une situation terrible puisqu'elles atteignent le milieu de la trentaine, elles ont encore envie de se faire belle et de séduire leur mari,

d'autant plus qu'elles savent qu'il fréquente d'autres femmes, mais elles ont déjà sept enfants et bien que ces enfants leur amènent de la fierté et du prestige, elles peinent à s'en occuper et sentent qu'elles ont vieilli et que le mari se désintéresse d'elles ou parfois même prend une nouvelle femme. Il arrive souvent d'ailleurs qu'elles aient un dernier enfant vers la quarantaine, comme pour montrer à la communauté ou à la coépouse qu'elles sont encore jeunes et sexuellement active avec leur mari. Les femmes sont donc coincées entre le désir de satisfaire leur mari en lui donnant beaucoup d'enfants et donc d'être une bonne épouse, et le désir de demeurer séductrice pour lui afin qu'il n'aille pas chercher d'autres femmes. Ce paradoxe est double puisque du côté des hommes, ceux-ci avouent apprécier que leur femme se fasse belle et soit plus disponible sexuellement, notamment grâce à l'usage de contraceptifs, mais ils craignent de perdre le contrôle sur elle de sorte qu'elle puisse sortir et séduire d'autres hommes et préfèrent donc qu'elle soit occupée avec beaucoup d'enfants à la maison (nous y reviendrons dans le chapitre 6).

Le paradoxe entre la femme mère et la femme amante a très bien été décrit par les féministes occidentales (Jacobus et al, 1990 ; Lupton, 1994) qui ont montré comment ces deux aspects de la femme ont toujours été séparés dans les représentations patriarcales de la femme: d'un côté, on conçoit une femme mère, épouse, porteuse d'enfants, vierge, immaculée, qui donne la vie, et d'un autre côté cette femme dangereuse, sexuelle, amante, amoureuse, féminine, séduisante. Le fait de séparer la femme en ces deux aspects, de valoriser la femme mère au détriment de la femme amante et de nier à la femme l'accès à ses deux parties d'elle-même a souvent été un moyen utilisé pour contrôler les femmes. Dans ce cas, il semble que ces écrits féministes puissent être intéressants pour comprendre le paradoxe dans la réalité des femmes africaines de notre étude puisqu'on les empêche d'être amante et mère à la fois en faisant d'elles de simples productrices d'enfants, en les gardant occupées au foyer ou même en les excisant, alors qu'on institue une catégorie de femmes, les prostituées, à qui on accorde le droit de séduction, de désir et de sexualité, mais auxquelles on enlève les privilèges de la famille et de l'enfantement⁴⁴.

Le fait d'avoir moins d'enfants et d'être plus disponible pour le mari transforme donc le rôle de la femme et même si cette liberté inquiète beaucoup d'hommes, elle leur amène aussi des avantages que nous aborderons dans le chapitre suivant: certains hommes

⁴⁴ Cette distinction entre « femme mère » et « femme amante » provient de notre propre analyse des entretiens, et nous y reviendrons dans le chapitre 6, mais nous n'avons pas trouvé de littérature sur le sujet dans le contexte africain ou burkinabé. Il serait très intéressant par contre d'explorer davantage cet aspect.

parlent par exemple de la meilleure entente dans le couple qui résulte de l'usage des contraceptifs. D'autres jeunes hommes comme Victor, 27 ans, qui ont été sans doute sensibilisés par les nombreux programmes de valorisation de la femme et de ses droits, mais qui voient tout de même les avantages qu'ils en retirent, parlent du fait d'aider la femme en lui donnant plus de liberté: « Souvent je viens causer ici avec le bénévole, c'est lui qui m'a parlé de ça, que si la femme fait la méthode, ça l'aide un peu, elle peut avoir la liberté. » Cette idée de liberté doit être explorée pour comprendre dans quel sens elle est utilisée et à quel point surtout elle est reprise littéralement du discours médical sans pour autant être rattachée aux idées qu'elle implique pour les gens qui conçoivent ces programmes de sensibilisation. Nous verrons tout de même dans le chapitre suivant comment certains couples, comme Clarice, 23 ans, et son mari, vivent cette « liberté » en profitant des avantages d'avoir plus de temps ensemble : « Si tu ne tombes pas enceinte, c'est ça la liberté. Il n'y a pas d'autre travail à faire. (...) Mon mari s'occupe de moi et moi aussi je m'occupe de lui! »

Ces relations de genre, qui s'actualisent dans les décisions de planification familiale, feront l'objet du chapitre suivant et nous verrons comment la conception du corps reproductif, de la vie reproductive de la femme, la conception et l'importance des enfants et de la famille ainsi que le rôle des parents et le rôle respectif de l'homme et de la femme dans la société sont d'autant d'éléments à considérer dans la compréhension des rapports de genre qui émergent dans la création d'un espace de négociation au sujet de la fécondité.

6 - PRODUCTION DU GENRE À TRAVERS LA NÉGOCIATION DE LA FÉCONDITÉ

Face au désir différentiel d'enfants entre les hommes et les femmes en milieu rural, nous verrons que les contraceptifs sont utilisés comme outils par les femmes pour créer un espace de négociation par rapport à la fécondité. La façon dont le discours médical est réapproprié par les femmes pour défendre leurs intérêts auprès du mari et le convaincre d'utiliser la PF et par les hommes pour établir leurs limites et s'assurer qu'ils gardent le contrôle sur leur femme permettra de mieux comprendre comment le genre est produit à travers cet espace de négociation.

La question du genre est pour le moins ardue à aborder dans le contexte africain, pour plusieurs raisons historiques et politiques. Ce n'est que récemment que certaines auteures africaines (Bombo dans Denis et Sappia, 2004 ; Imam, Mama et Sow, 2004) se sont penchées sur les question de genre en Afrique et ont montré comment le mouvement féministe a été et y est toujours très mal reçu, autant par les hommes que par les femmes. La perte de certains pouvoirs par les femmes africaines dans la société coloniale conçue sur le modèle masculin, la lutte conjointe des hommes et des femmes contre le colonialisme et ses idées (et le besoin que l'homme et la femme ne s'opposent pas pour le succès de cette lutte), le désir de valorisation de la culture africaine et le rejet de certains stéréotypes occidentaux comme l'image de la femme passive et soumise, les luttes fondamentalement différentes qu'ont eu à mener les femmes africaines par rapport aux femmes occidentales ainsi que les idées différentes de la famille et du rôle de la femme, notamment dans un monde où la femme acquiert du prestige avec les enfants, ne sont que quelques éléments parmi plusieurs autres qui ont contribué au rejet du féminisme occidental et à rendre pratiquement tabou le sujet du genre et du féminisme en Afrique. Mais selon Imam et Sow (2004), il ne faudrait pas non plus adopter une vision rose de l'Afrique et des relations de genre et oublier qu'il existe des inégalités, des injustices au niveau des droits humains et des rapports d'oppression entre la femme et l'homme qui peuvent et doivent être changés⁴⁵. Bien que plusieurs études aient mis en évidence, notamment en se penchant sur l'économie informelle, le rôle des femmes africaines comme agents sociaux et économiques ou comme impliquées dans des processus de résistance et donc non seulement comme de simples procréatrices, il demeure que lorsqu'on aborde le sujet de la planification familiale en

⁴⁵ Voir aussi, à ce sujet, De Koninck (1997).

Afrique, sujet délicat puisqu'il touche au plus sensible de la vie féminine africaine: leur corps, leur sexualité et leur fécondité, on constate que la sexualité est l'objet de constructions mythiques, religieuses et idéologiques et elle est souvent pensée dans des normes essentiellement masculines qui lui confèrent une stricte fonction de reproduction. (Sow dans Imam, 2004) Comme le dit si bien Fatou Sow : « Le pouvoir des hommes réside encore largement dans le contrôle et l'appropriation de la fécondité des femmes. Ce contrôle est aussi révélateur de l'inégalité entre sexes que la division sexuelle du travail. » (2004: 69) À ce pouvoir des hommes sur le corps des femmes, se rajoute un pouvoir étatique qui agit aussi sur leur corps à travers les politiques de gestion de la fécondité, pouvoir incarnée par les infirmiers et les sages-femmes et s'actualisant dans la rencontre clinique, dans laquelle il importe aussi de tenir compte des rapports de genre et des relations d'autorité. La question du genre doit donc être pensée à deux niveaux, mais ici, nous ne nous attarderons que sur les relations de genre au niveau local, dans les rapports hommes-femmes en lien avec les décisions de planification familiale.

Des études menées à Ouagadougou, en contexte urbain, ont voulu montrer que les attitudes des hommes face à la PF n'étaient pas aussi fermées qu'on avait tendance à le dire, ceux-ci ne désiraient pas tant d'enfants et paraissaient ouverts à l'utilisation de la PF, mais manquaient surtout d'informations (McGinn et *al*, 1989). Outre les critiques méthodologiques que l'on pourrait faire par rapport à cette recherche puisqu'il semble que les réponses des hommes soient souvent peu fiables puisqu'ils connaissent les attentes de la personne qui les interroge, il importe aussi de souligner la distinction fondamentale entre ce qui se passe à la capitale et ce qui se passe en milieu rural. À cet effet, Dodoo et Tempenis (2002), dans leur étude au Kenya, ont montré que les attentes des hommes quant au nombre d'enfants en milieu rural sont beaucoup plus élevées et leur refus de la PF beaucoup plus fort. Ils ont montré aussi comment les conceptions de la contraception diffèrent entre les hommes et les femmes en milieu rural et que celles des hommes ont tendance à prédominer dans les choix qui sont faits, le niveau d'influence des hommes étant beaucoup plus élevé. Néanmoins, nous avons pu constater aussi qu'il existe en milieu rural burkinabè des variations intergénérationnelles et ethniques dans les rapports de genre, que ce soit concernant la communication, le degré de liberté de la femme dans les prises de décision ou son degré d'influence dans les décisions du mari. Dans le dernier chapitre, nous avons pu entendre parler les plus jeunes couples, qui désiraient moins d'enfants, et nous pourrions

maintenant constater chez ces jeunes l'émergence d'une nouvelle conception du couple, où les décisions sont prises en commun et les idées de la femme écoutées, notamment lorsque celle-ci a fait l'école. En fait, les idées de la ville ont tendance à se répercuter vers les milieux ruraux et à atteindre les plus jeunes générations, nous avons d'ailleurs déjà parlé de la réappropriation du discours de "modernité" par les jeunes. Des variations sont aussi notables entre les différentes communautés, certaines sont beaucoup plus ouvertes à offrir un espace de discussion et de négociation à la femme et à suivre ses conseils, comme la société Bwaba, alors que d'autres concèdent beaucoup plus difficilement à la femme cet espace de parole et de négociation, comme chez les Mossi où la sphère féminine est bien séparée de la sphère masculine, mais où la femme utilisera par contre d'autres moyens pour faire valoir ses idées, comme le fait de prendre la PF sans en parler à son mari sous les conseils des femmes de sa famille. Concernant les Bwaba, Capron avait déjà mis en évidence le fait que les femmes bwaba étaient très indépendantes et instables et que les institutions bwaba étaient tolérantes face à cette instabilité matrimoniale qui semblait être un élément structurel de la société bwaba qui privilégie le libre arbitre, le respect de la personne et reconnaît aux femmes le droit de respecter ces valeurs, même si leur société demeure construite sur un modèle masculin et échoue en quelque sorte à faire participer activement la femme mariée à la communauté (Capron, 1973). Pour les Dafi, aucune ethnographie à notre connaissance n'existe qui traite des rapports de genre, mais l'influence de l'Islam sera à considérer dans la compréhension du rôle et des devoirs de la femme.

Nous nous pencherons donc finalement dans ce dernier chapitre sur la manière dont se prennent les décisions au niveau de la planification familiale, c'est-à-dire qui transmet l'information, qui décide et quels sont les obstacles à la communication. Nous verrons comment la négociation sur la fécondité et l'entente entre l'homme et la femme peut mener à certaines transformations dans les conceptions du couple et de la sexualité, mais aussi comment les réticences des hommes par rapport à la PF sont liées à la peur de perdre le contrôle des femmes. Nous tenterons finalement de définir davantage quel est la nature de l'espace de négociation créé par l'utilisation des contraceptifs et quelles sont ses limites. Cela nous mènera à aborder l'échec des négociations à travers un comportement qui nous semblait essentiel à comprendre dans cette étude: le fait d'utiliser la PF à l'insu de son mari, phénomène rendu possible depuis peu grâce au service de confidentialité maintenant offert dans les CSPS et ce depuis le milieu des années 90 et le virage effectué par le

gouvernement dans l'offre des programmes de PF (avant l'autorisation du mari était obligatoire).

6.1- La femme, le vecteur d'information, l'homme, l'autorité décisionnelle

Parce que les femmes sont davantage présentes dans les CSPS et consultent les infirmiers pour l'accouchement, les tests post-nataux et pour la santé de leurs enfants, et aussi parce que les campagnes de sensibilisation pour la PF ont d'abord été dirigées envers les femmes, celles-ci sont souvent les premières à recevoir les informations au sujet de la PF et nous avons constaté dans les entrevues qu'elles connaissent mieux les différentes méthodes existantes que les hommes. Dans ce contexte, il est donc normal qu'elles agissent en quelque sorte comme des vecteurs d'information entre les infirmiers et leur mari.

Moi je voudrais que mes femmes me parlent premièrement. Parce que ce sont les femmes qui viennent toujours au dispensaire et c'est à elles qu'on explique toujours tout. (Kader, 33 ans)

Ainsi, dans la plupart des cas, il semblerait que ce soit la femme qui amène l'information par rapport à la PF et propose directement ou indirectement d'utiliser une méthode contraceptive, soit en le suggérant vaguement et en attendant que ce soit le mari qui le propose officiellement et donne son approbation et l'argent, soit en convainquant le mari, comme pour Alice, une jeune femme bwaba de 26 ans : « Au commencement, il avait refusé, mais c'est moi qui ai tout fait pour essayer de lui faire comprendre ça. » Un phénomène étrange est que, bien que toutes les femmes affirment avoir abordé le sujet en premier, beaucoup d'hommes parmi les musulmans disent au contraire que c'est eux-mêmes qui ont d'abord parlé à leur femme. Cette contradiction a été confirmée lorsque nous avons eu à la fois l'homme et la femme du couple en entrevue, comme dans le cas d'Oumou et Kalifa. Celle-ci affirmait lui en avoir parlé en premier alors que Kalifa expliquait plutôt : « C'est moi qui ai parlé de ça avec elle et comme elle aussi voulait me parler de ça, mais qu'elle avait peur de m'en parler, comme je suis venu lui en parler il n'y a pas eu de problèmes, nous sommes allés ensemble pour le faire. » Il est possible que les femmes musulmanes soient plus réticentes à aborder le sujet avec leur mari et n'en parlent pas directement, mais suggèrent plutôt l'idée, ou encore que les hommes musulmans n'osent pas avouer en entrevue que c'est leur femme qui a influencé leur décision et veulent montrer qu'au contraire, cette décision vient bien d'eux-mêmes. Quoiqu'il en soit, il semblerait que pour beaucoup, le sujet ne soit pas facile à aborder et les femmes

musulmanes craignent d'en parler directement à leur mari. C'est donc l'homme qui doit prendre les décisions, sans vraiment qu'il n'y ait eu une discussion sur le sujet.

Ce jour-là, elle m'avait dit que c'était difficile, mais elle n'a pas dit qu'il faut faire comme ça, ou qu'il ne faut pas faire comme ça. Peut-être elle a eu peur de m'en parler. (...) Les femmes qui sont ici, même si elles veulent parler de ça à leur mari, elles ont peur, donc c'est les hommes qui devraient parler de ça à leur femme. (Kalifa, 45 ans)

Les femmes ne parlent pas de ça, moi-même j'ai vu et j'ai fait, mais ma femme ne m'a pas parlé de ça. (Adama, 55 ans)

Oui, je connais ça. Mais je n'ai jamais parlé de ça avec mon mari. Moi j'ai peur de lui dire ça donc je ne sais pas s'il accepterait ou non. J'ai honte de parler de ça avec mon mari. (Oumarou, 45 ans)

Aborder le sujet de la PF avec le mari n'est donc pas aisé, même si chez plusieurs couples bwaba, nous avons pu constater une certaine ouverture à parler de PF, l'homme et la femme discutaient ensemble du sujet et prenaient les décisions ensemble, d'un commun accord. Dans certains cas, les deux s'entendaient pour payer ensemble, comme dans le cas de Sylvie, 45 ans : « Le Norplant que je suis venue placer, mon mari et moi avons travaillé ensemble et c'est avec cet argent-là que mon mari a pu payer le Norplant. » Dans d'autres cas, la femme devait convaincre son mari réticent et il arrivait aussi que la femme informe son mari sans attendre son consentement, le mari demeurant réticent, mais n'ayant pas donné vraiment d'objection. Dans certains cas où le mari était en contact avec le personnel médical, soit parce que lui-même est bénévole ou gérant de la pharmacie, soit parce qu'il est ami avec les infirmiers, c'est lui-même qui proposait à sa femme de venir et l'amenait à la clinique. Mais pour la plupart des hommes, accompagner la femme au CSPS demeure gênant, que ce soit pour les accouchements, les tests post-nataux ou la PF et ce domaine est plutôt réservé aux femmes. De plus, beaucoup d'hommes ne reçoivent pas l'information sur la PF et n'osent pas demander, préférant que ce soit la femme qui prenne l'initiative d'amener l'information et d'aller à la clinique, comme nous l'a dit Kader au début du chapitre. Pour eux, leur rôle se restreint à donner leur approbation et l'argent nécessaire.

Il y a des hommes qui ont honte de venir avec leur femme pour faire la PF, et puis souvent aussi si tu ne demandes pas tu n'as pas l'information pour envoyer ta femme venir faire. Donc si ce sont des gens éveillés, ils vont accompagner leur femme, mais d'autres vont donner l'argent à leur femme pour qu'elle vienne faire. (Germain, 33 ans)

Dans tous les cas, il importe que la femme amène d'une façon ou d'une autre l'information au mari puisque ce dernier agit en tant qu'autorité décisionnelle et c'est aussi lui qui doit donner l'argent pour la PF⁴⁶. Beaucoup d'hommes et de femmes ont rappelé l'importance que les hommes s'intéressent à la PF puisque, comme le soutient Sophie, 36 ans, « il faut que le mari puisse donner l'argent pour que tu puisses venir faire, mais même si tu as les moyens, il faut que le mari soit d'accord sinon tu ne peux pas venir. » Bien que l'idée de l'homme comme autorité décisionnelle soit présente chez tous les répondants, l'Islam accentue cette idée que seul l'homme peut prendre des décisions à ce sujet: les imams que nous avons rencontré ont d'ailleurs été très clairs à ce sujet et les hommes l'ont aussi rappelé dans les entrevues: « Au niveau de l'Islam, c'est l'homme qui devrait décider pour la femme de faire la PF » (Siembou, 50 ans).

Mais les femmes ont souvent peur d'aborder le sujet avec leur mari, et certaines femmes considèrent que leurs idées ne seront pas écoutées, comme Bernadette, 28 ans, qui affirme que son mari n'acceptera pas si elle-même lui en parle après avoir été à la réunion de sensibilisation et que c'est les infirmiers qui devraient lui en parler directement ou lui-même qui devrait aller à la réunion. Pourtant, malgré cette peur des femmes d'amener l'information au mari et de demander pour la PF, beaucoup d'hommes ont avoué qu'ils aimeraient que leurs femmes leur parler davantage de ça, plutôt que d'aller le faire à leur insu par exemple. Pour beaucoup, il est essentiel que les deux s'entendent dans le couple pour éviter les problèmes qui pourraient survenir du fait que la femme se cache de son mari pour prendre la PF, nous reviendrons plus tard sur cet aspect.

Le problème de la communication par rapport à la PF semble donc crucial par rapport à la prise de décisions sur la PF et bien que certains couples pouvaient discuter librement entre eux à ce sujet, notamment chez les Bwaba, pour beaucoup de femmes, le fait de parler de PF avec leur mari ne change rien à la situation puisqu'elles connaissent souvent déjà l'opinion de leur mari et ont peur de le contrarier ou d'aller contre sa volonté, souvent aussi elles ne croient pas que leurs idées seront écoutées ou ne savent pas elles-mêmes comment les formuler et comment aborder un sujet aussi tabou que celui de la sexualité.

Pour ce qui concerne la sexualité, les gens n'aiment pas qu'on parle de sexualité comme ça, traditionnellement c'était réservé aux personnes vraiment matures, on ne

⁴⁶ Concernant l'accès des femmes aux ressources financières dans la maisonnée et le processus de négociation inégal dans lequel elles se trouvent, voir Nikiéma et al. (2008).

peut pas parler de sexualité à tout le monde, si quelqu'un a un problème, on ne peut pas parler de ça comme ça, ça reste dans le secret, dans la tradition c'est expliqué, mais c'est à des occasions précises, durant la circoncision par exemple, lorsque le garçon est majeur, la fille aussi quand elle fait l'excision, on lui explique quoi faire, quoi ne pas faire, mais ce n'est pas assez ouvert, il n'y a pas un espace pour ça où on peut discuter en grand public. (Infirmier chargé de la SR dans le district sanitaire)

L'approche des programmes de sensibilisation sur la PF qui essaient de valoriser la communication au sein du couple doit toutefois être nuancée. En effet, la façon de prendre des décisions et d'aborder certains sujets délicats peut être très différente de notre approche occidentale, DeRose (2004) a d'ailleurs montré dans son étude une autre vision du problème en constatant que la communication au sein du couple ne favoriserait pas nécessairement la connaissance de l'attitude du conjoint face à la contraception. Dans le cas où le mari désapprouve la contraception, il semblerait que le fait d'en parler et de voir une ouverture sur le sujet de la part du mari mènerait la femme à supposer son approbation même si ce n'est pas le cas, ou encore à se trouver dans l'incertitude. Le langage non verbal et d'autres modes de communication, notamment le fait de passer par un intermédiaire pour connaître l'opinion du conjoint ou de la conjointe, sont peut-être plus utilisés par les couples quand il est question de sujets reliés à la sexualité. Stark (2000) a aussi mis en évidence un mode de communication indirect où les maris font semblant de ne pas être au courant afin de ne pas perdre la face par rapport à la communauté, mais laissent faire leur femme — ce qui implicitement suppose leur approbation — par contre, ce sera la femme qui sera blâmée si le secret venait à être dévoilé.

6.2- Ouverture du mari et l'entente dans le couple

Pour plusieurs raisons, certains hommes acceptent la PF et certains aussi s'entendent avec leur femme pour désirer des familles moins nombreuses. D'après les répondantes, cette ouverture est due à plusieurs facteurs, l'éducation du mari, sa position sociale (le fait qu'il soit marabout ou informateur villageois par exemple), son contact avec les infirmiers, le fait qu'il ne vienne pas de la région et ait passé du temps à la ville, son niveau d'éveil, les idées de sa famille, etc. Ces hommes qui ont choisi d'utiliser la PF pour des raisons variées, parfois uniquement pour des motifs économiques, parfois pour la santé de leurs enfants ou celle de leur femme, parce qu'elle est rendue fatiguée, assez âgée et a eu suffisamment d'enfants, parfois à cause de leur vision différente de la famille, constatent

après coup certains avantages que procurent l'usage des contraceptifs hormonaux sur l'entente dans le couple et la disponibilité de leur femme.

En effet, un des avantages des contraceptifs, qui a été d'ailleurs abondamment traité par les féministes occidentales, est de rendre la femme disponible sexuellement en tout temps sans risque qu'elle ne tombe enceinte. Beaucoup de répondants, hommes et femmes, ont expliqué comment le fait d'utiliser les contraceptifs leur permettait de passer plus de temps ensemble et de faire l'amour sans crainte que la femme ne tombe enceinte. Selon ces répondants, cette situation favoriserait le bonheur du couple et ferait en sorte que l'homme et la femme s'aiment davantage. Les femmes plus âgées se sentaient souvent plus à l'aise d'aborder ouvertement ce sujet avec nous, probablement, comme l'explique l'infirmier chargé de la SR dans le district, parce que la sexualité demeure un sujet que traditionnellement seuls les plus matures de la société peuvent aborder.

C'est bien pour le couple puisque ça augmente la façon que mon mari m'aime, [elle rit beaucoup] maintenant j'ai su que vraiment mon mari m'aime vraiment. Quand je faisais mes enfants, si j'ai accouché, il y avait trop de maladies, si mon mari voulait me toucher [faire l'amour]⁴⁷, je n'acceptais pas parce que j'étais en train de souffrir. Mais maintenant, comme j'ai placé le Norplant, même s'il veut me toucher, il n'y a pas de problèmes, il n'y a pas d'enfants qui vont nous gêner, donc j'ai su maintenant que mon mari m'aime tant. (Rosalie, 52 ans)

Souvent il y a des moments où tu as besoin de ta femme [rire] et la femme n'accepte pas parce qu'elle dit que son enfant est trop petit encore, donc si tu fais la PF, ça peut t'aider pour ne pas gêner l'enfant. (...) On marie la femme à cause de ça. C'est obligé qu'on la touche, mais si je veux la toucher et qu'elle ne veut pas parce que l'enfant est petit, moi-même je sais que si je la touche, je vais gêner l'enfant, donc c'est mieux d'utiliser ces méthodes. (Victor, 27 ans)

Certaines auteures féministes occidentales (Berkman dans Holmes et *al.*, 1980) ont critiqué le fait que les méthodes hormonales aient rendu la femme disponible en tout temps, de sorte que celle-ci ne puisse refuser les rapports sexuels et contrôler certains aspects de sa vie sexuelle, comme elle le pouvait auparavant. Dans nos entrevues, nous nous sommes demandé si les hommes semblaient profiter davantage de cette disponibilité sexuelle de la femme que celles-ci, mais nous avons constaté que les femmes abordaient par elles-mêmes les avantages de pouvoir être plus disponibles sexuellement pour leur mari, elles semblaient heureuses de cette situation et semblaient plutôt dire que le contraire, le fait de devoir refuser le mari par peur de tomber enceinte, était plutôt un élément problématique dans leur

⁴⁷ L'expression africaine « toucher » est constamment utilisée pour signifier « faire l'amour » ou « avoir des rapports sexuels ».

couple. D'ailleurs, depuis longtemps certaines féministes africaines voient les avantages de la contraception moderne par rapport à la sexualité féminine : Pittin (1983) explique comment le contrôle sur la sexualité d'un individu est relié de près aux relations de pouvoir dans la famille et au contrôle social plus large de la société et comment l'abstinence comme institution sociale permet aux hommes une sexualité à l'extérieur du couple alors que cette sexualité est niée chez les femmes qui doivent s'abstenir plusieurs années. La critique des féministes occidentales ne semble donc pas pouvoir être applicable dans le contexte africain présent. En effet, les femmes de nos entrevues ont affirmé pouvoir mieux contrôler leur mari grâce aux contraceptifs puisque ce dernier aurait moins tendance à aller voir ailleurs ou à prendre une seconde épouse. Van de Walle (1993: 452) a d'ailleurs montré comment la perte des tabous d'abstinence en Afrique sub-saharienne a permis de renforcer le couple et la famille nucléaire, au détriment on pourrait dire du pouvoir de la communauté sur les individus. Selon lui, un des rôles du tabou d'abstinence est de séparer l'homme de la femme dans le couple, ce qui est bénéficiaire pour la société, ce tabou permet aussi de maintenir l'autorité patriarcale sur la plus jeune génération et l'autorité parentale sur les enfants. En effet, la pratique de l'abstinence n'est possible que dans les cultures où le lien marital est faible, où la polygamie existe et où la famille élargie prédomine. Les couples plus urbanisés et qui ont adopté l'idée occidentale du couple et de la famille nucléaire rejettent la période d'abstinence comme nuisant au bonheur du couple puisqu'elle entraîne plusieurs problèmes. L'utilisation des contraceptifs semble donc avoir un impact à ce niveau et il est possible que certaines transformations dans la conception du couple se fassent sentir. Hollos et Larsen (1997) montre par exemple comment en Tanzanie une augmentation du travail salarié et une diminution de la dépendance envers la terre et le lignage ont renforcé le lien conjugal et les intérêts sont davantage conçus comme mutuels dans le couple ce qui facilite l'utilisation des contraceptifs. Dans tous les cas, l'utilisation des contraceptifs amène des avantages évidents pour l'entente dans le couple et, en comparant avec le passé, certains hommes ont souligné ces avantages:

L'avantage c'est qu'on peut espacer les enfants. Avant, ça causait des problèmes, parce que c'est dur pour un homme après l'accouchement de sa femme d'entendre longtemps donc c'est pour cela qu'il ne peut pas rester tranquille et se retenir, donc ça améliore la situation. C'est plus facile maintenant. (Roland, 34 ans)

On a pu envoyer ici des médicaments et la PF et c'est une bonne chose sinon beaucoup de couples se seraient séparés parce qu'il y avait des problèmes. À cause de

la fatigue, avec tous les enfants, ce n'était pas bon pour les couples. (Germain, 33 ans)

Outre la disponibilité sexuelle de la femme, le fait d'espacer les enfants ou d'en avoir moins amènent d'autres avantages qui concernent l'entente entre l'homme et la femme. Selon les répondants, le fait d'avoir moins d'enfants ou d'espacer les enfants diminue les problèmes et donc les disputes entre l'homme et la femme dans la maison. Les enfants ne sont plus une aussi grande charge, ils dérangent moins et le mari pourra rester à la maison et aura plus de temps pour causer avec sa femme.

Si tu fais beaucoup d'enfants, tu ne vas pas créer une bonne entente dans le couple. Par exemple, moi j'ai eu un enfant et j'ai attendu 5 ans avant d'avoir un autre enfant. Il y a une bonne relation entre moi et mon mari. Mais si tu fais beaucoup, beaucoup d'enfants, les uns pleurent par ci, par là, le mari va dire "ah merde!", il va sortir, il ne va même pas s'asseoir pour causer. C'est pas un couple, ça! (Safiatou, 25 ans)

Il n'y a pas de guerre, on s'entend mieux. (...) Les couples qui ont trop d'enfants comme ça, ils vont chier partout, ça va salir ta cour, ton mari ne voudra pas rester et ne voudra pas s'asseoir avec toi pour causer, il va partir. (Justine, 29 ans)

C'est vraiment mieux. Parce que s'il y a un trop grand nombre d'enfants, on va se battre, trop de problèmes, on va fuir! (Roland, 34 ans)

La peur que le mari ne veuille pas rester à la maison et sorte voir d'autres femmes était une idée qui revenait sans arrêt dans les propos des répondantes. Selon elles, le fait d'avoir trop d'enfants pousse le mari à sortir, fait paradoxal de leur point de vue puisque c'est les hommes justement qui désirent autant d'enfants et mettent de la pression sur les femmes à ce sujet. Mais comme les femmes l'ont mentionné dans le chapitre V, c'est justement parce que ce ne sont pas les hommes qui s'occupent des enfants et parce que ceux-ci peuvent toujours fuir s'il y a des problèmes à la maison que ce sont eux qui ont un fort désir d'enfants: les femmes vivent avec cette réalité et connaissent mieux les problèmes et les difficultés qui en découlent. Certaines femmes ont donc compris que si elles voulaient mieux contrôler leur mari et l'empêcher de sortir, elles pouvaient avoir moins d'enfants, les contraceptifs étant en quelque sorte un moyen pour elles de se s'assurer du contrôle de l'homme, d'abord parce que la maison demeure un environnement agréable et en diminuant les multiples problèmes d'une famille nombreuse, ensuite parce qu'elles ont le temps de se faire belle et de s'entretenir tout en étant davantage disponibles pour le mari.

Si tu fais la PF, tu pourras t'entretenir toi-même, ta cour et tout, donc pour cela aussi ton mari ne va pas sortir chercher des filles ailleurs. (Bernadette, 28 ans)

Le mari ne t'aime plus comme avant avec tous les enfants, même qu'il va prendre une autre femme, mais si sa femme est encore belle alors ce ne sera pas le cas. (Safiatou, 25 ans)

Cette peur que l'homme voit d'autres femmes est donc intrinsèquement liée au désir de féminité de ces femmes. Comme nous l'avons vu dans le chapitre V, les femmes sont prises entre cette image de la femme mère et de leur sexualité comme stricte fonction de reproduction et ce désir de plaire à leur mari. Elles sont coincées entre ce devoir d'être une bonne épouse et de donner beaucoup d'enfants à leur mari et le désir de garder le contrôle sur lui pour qu'il n'aille pas voir ailleurs. L'idée de "féminitude", proposée par l'écrivaine camerounaise Calixthe Beyala (Tshilombo Bombo dans Denis et Sappia, 2004) pourrait donc permettre de comprendre davantage en quel sens les études africaines peuvent être féministes tout en valorisant la féminité et la maternité, le rôle de la femme dans le couple tout comme dans la maisonnée. Chez les femmes Peul par exemple, il semblerait que le souci de l'esthétique soit très présent, et ce n'est peut-être pas un hasard si c'est justement Safiatou, cette jeune femme Peul, qui a mis en évidence à deux reprises l'importance d'avoir le temps de se faire belle.⁴⁸ Du côté des hommes, le paradoxe de la femme mère et de la femme amante se fait sentir tout autant. Ils sont heureux de voir leur femme s'entretenir et de la sentir séductrice, de pouvoir passer plus de temps avec elle pour causer, mais ils craignent de perdre le contrôle sur elle, comme nous le verrons dans le chapitre suivant. Malgré tout, certains passent au-delà de cette peur de perdre le contrôle pour profiter des avantages, qui sont multiples...

L'utilisation des contraceptifs et le fait d'espacer davantage les enfants ou d'avoir moins d'enfants influencent donc positivement l'entente entre l'homme et la femme et les avantages d'une meilleure entente conjugale sont fortement ressentis et appréciés par les répondants. Pour le moment, il ne semble pas que la meilleure entente dans le couple soit un motif pour décider d'utiliser la PF, il s'agit plutôt d'un aspect avantageux après coup, mais il est possible que cela devienne un des critères dans le désir des prochaines générations de jeunes pour utiliser la PF. Ce qui est sûr, c'est que la conception du couple

⁴⁸ Les femmes Peul sont connues pour leur beauté, leurs magnifiques parures, leurs coiffures, leurs tatouages faciaux, leurs bijoux et le souci qu'elles attachent à leur esthétique.

se transforme pour plusieurs et il est possible que la femme y gagne du pouvoir: le pouvoir de mieux contrôler son mari et ses allers et venues, le pouvoir qu'elle gagne dans l'espace conjugal de discussions et de décisions en ayant plus de temps pour causer avec lui, mais aussi le pouvoir de séduire et de faire valoir sa féminité, de montrer qu'elle n'est pas qu'une mère, pouvoir que beaucoup de répondantes ont affirmé apprécier utiliser.

6.3- La peur de perdre le contrôle des femmes

Bien que le degré de réticence des hommes par rapport à l'utilisation de la PF varie selon les contextes, dans tous les villages nous avons constaté que ces réticences étaient liées principalement à la peur de perdre le contrôle des femmes, que ce soit la peur de perdre le contrôle sur leur fécondité, sur la façon dont elles disposent de leur temps ou sur leur sexualité, le pouvoir masculin réside bien, comme l'a souligné Fatou Sow (2004), dans le contrôle et l'appropriation de la fécondité des femmes. En effet, l'appropriation de la fécondité de la femme par les hommes leur permet non seulement d'obtenir une famille nombreuse, dont ils ont besoin et qui leur confère leur prestige, mais aussi de garder la femme occupée avec les enfants, de monopoliser en quelque sorte ses temps libres et de s'assurer qu'elle ne sortira pas voir d'autres hommes.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre V, les hommes désirent beaucoup d'enfants et leur première peur avec l'utilisation de la PF par les femmes est d'avoir moins d'enfants ou de ne plus en avoir, les femmes pouvant grâce aux contraceptifs contrôler par elles-mêmes leur fécondité sans que l'homme ne puisse intervenir.

Non, je ne veux pas qu'elle prenne l'injection. (...) Je veux d'autres enfants. Je vais faire le nombre d'enfants que j'ai besoin, quand ce nombre va arriver, je vais venir faire l'injection. (Pierre, 27 ans)

Si tu espaces les enfants, à un moment donné, la femme ne pourra plus accoucher, donc à ce moment-là, si tu veux des enfants, qu'est-ce que tu vas faire? C'est ça qui va provoquer que tu iras chercher une autre femme ailleurs pour avoir des enfants. (Paul, 41 ans)

Beaucoup d'hommes acceptent donc que leur femme utilise une méthode de PF qui ne dure pas trop longtemps, mais ils font de la pression sur elle pour qu'elle arrête cette méthode dès que l'enfant marche, comme dans le cas de Bernadette, 26 ans : « Avant j'avais parlé avec mon mari pour venir placer le Norplant, mais il n'avait pas accepté. Puis, comme j'avais l'enfant qui tétait, c'est pour cela que mon mari m'a donné l'autorisation de venir

faire le Dépo-Provera, maintenant que l'enfant marche, il a refusé. » Ces hommes acceptent donc d'espacer les naissances pour la santé des enfants et celle de la femme, mais ils veulent toujours beaucoup d'enfants et s'assurent de garder le contrôle sur la fécondité de leur femme, nous verrons davantage dans le chapitre suivant comment se négocie ce contrôle de la fécondité.

Outre la peur de perdre le contrôle sur la fécondité des femmes, c'est la peur de perdre le contrôle sur leur sexualité qui inquiète énormément les hommes. Selon eux, le fait que la femme ne puisse pas tomber enceinte lui enlèverait toute crainte d'aller voir d'autres hommes, sa sexualité étant dissocié de la grossesse et de l'enfantement. En quelque sorte, c'est ce paradoxe fondamental entre la femme mère et la femme amante qui est ici en jeu. Comme pour les hommes le contrôle des femmes repose en grande partie sur le contrôle de leur corps et de leur fécondité, contrôle rendu possible en accordant une stricte fonction de reproduction à la sexualité féminine, et à la femme en général, le fait de perdre le contrôle sur cette fécondité est aussi synonyme de perte de contrôle sur la sexualité de la femme et sur ses déplacements et ses fréquentations de manière plus générale.

Si ma femme vient faire la PF en cachette, je vais être fâché puisque c'est comme ça que les femmes en profitent pour sortir dehors chercher des garçons. (...) Oui, c'est ça qui provoque ça, comme la femme ne peut pas tomber enceinte, elle ne respecte plus la loi, c'est pour cela qu'elle sort librement chercher des garçons. (Paul, 41 ans)

Il pensait que si tu mets ça, il pensait que la femme était libre de faire tout ce qu'elle voulait, qu'elle savait qu'elle n'allait pas avoir d'enfants donc qu'elle allait rechercher un autre homme. Les hommes pensent qu'avec la PF, la femme peut faire tout ce qu'elle veut. Mais c'est faux. Si la femme n'a jamais eu l'habitude de faire ça, ce n'est pas avec la PF qu'elle va commencer à faire ça. (Alice, 26 ans)

Plusieurs répondantes ont ainsi raconté comment elles ont entendu leur mari discuter avec des amis à ce sujet et se laisser influencer par les idées négatives véhiculées par rapport aux contraceptifs en lien avec le libertinage et le désordre moral dans la communauté. C'est donc souvent en écoutant les conversations du mari que la femme apprend l'opinion de celui-ci à ce sujet et décide de ne pas utiliser la PF ou encore de le faire à son insu, un mode de communication non directe entre les époux qui permet à la femme d'éviter de confronter directement son mari, comme ce fut le cas pour Safora :

J'ai entendu mon mari causer avec ses amis et dire qu'il ne voulait pas que sa femme prenne la PF parce qu'elle allait aller faire la jeunesse dehors et que ça allait faire des bagarres, donc comme j'ai su ça, que mon mari n'aime pas, je ne lui ai pas parlé de ça et j'ai pris les comprimés en cachette.

Cette crainte de perdre le contrôle sur les femmes et sur leur sexualité justifie d'ailleurs certaines pratiques de l'Islam. À Ira, dans ce village dafi où Oumou nous racontait que les femmes ne peuvent se promener librement, se faire belle ou aller voir les infirmiers sous peine d'être accusées de libertinage, plusieurs femmes se couvrent en noir de la tête au pieds. Ousmane, muezzin wahhabite explique ainsi ce mode vestimentaire :

Tu sais pourquoi les femmes sont voilées? Parce que si tu n'habille pas ta femme et qu'elle se promène comme ça, il y a un homme qui peut la voir et dire, vraiment, cette femme, moi je l'aime cette femme-là, il va l'approcher et même s'il veut avoir des rapports avec elle, il va le faire. Donc chez nous, la religion ne veut pas ça. Donc par exemple, si elle porte ces boubous noirs fermés, personne ne sait qui elle est, personne ne la voit. (Ousmane, muezzin)

La place précise donnée à la femme dans la société dafi et les pressions de l'Islam qui justifie son rôle de procréatrice et le devoir de son mari de s'assurer qu'elle ne deviendra pas un objet sexuel, un objet de désir pour les autres hommes, contribuent donc au contrôle social des femmes, contrôle qui passe ici par le mode vestimentaire, mais il ne s'agit que d'un exemple.

Dans les villages bwaba, cette peur de perdre le contrôle sur la sexualité des femmes se fait tout aussi fortement sentir, sinon plus. D'abord, l'influence de l'église catholique à ce sujet est très forte: pour elle, c'est surtout l'infidélité, le libertinage et les pratiques sexuelles immorales qui justifient son refus de la propagation et de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, il semble que l'instabilité matrimoniale soit un élément structurel de la société bwaba et que le contrôle des femmes ait toujours été un sujet problématique et encore contemporain : beaucoup de rumeurs circulent sur le fait que les hommes bwaba ne savent pas contrôler leurs femmes et que celles-ci sont trop libres! Le sujet de la prostitution a d'ailleurs été abordé dans les villages bwaba, notamment à Bagala où des rumeurs circulaient à ce sujet et liaient ce comportement à l'utilisation des contraceptifs. Le contrôle des femmes et de leur sexualité est donc un sujet de préoccupation chez les Bwaba et justifie en grande partie les réticences des hommes de ces villages à utiliser la PF.

Plusieurs répondants, notamment ceux qui faisaient la PF, se positionnaient toutefois contre ces idées et spécifiaient que ces comportements libertins ne devraient pas être liés aux contraceptifs en soi, mais à la confiance dans le couple :

Non, ceux qui disent ça c'est parce qu'ils n'ont pas confiance en leur femme. Si tu sais que la femme était habituée à ça avant, donc c'est son habitude, mais sinon les contraceptifs ne provoquent pas de sortir ailleurs. (Philippe, 37 ans)

Les autres raisons qui ont été mentionnées par les répondants et répondantes pour expliquer les réticences des hommes à utiliser la PF, comme la peur d'aller contre la volonté de Dieu ou le coût des contraceptifs, semblent plutôt être des prétextes et des justifications *a fortiori* qui cachent les craintes véritables. En effet, le coût des contraceptifs, bien qu'il puisse être un obstacle pour une femme entamant une démarche contraceptive seule (comme nous le verrons plus loin) n'est pas très élevé par rapport au revenu de l'homme ou de la maisonnée puisqu'ils sont subventionnés à plus de 75% (chapitre III). Le prix de la pilule, par exemple, est de 100 FCFA (environ 25¢) par plaquette (pour un mois). Quant à la religion, bien qu'elle ait une place importante pour beaucoup, il semblerait qu'elle soit plutôt amenée comme justification des décisions que comme raison de refuser la PF. La religion permet notamment d'*essentialiser* le rôle de la femme comme porteuse d'enfants et de rendre contraire à la nature toute action humaine ayant comme but d'entraver ce processus. D'autres raisons mentionnées à maintes reprises par les répondants pour expliquer les réticences de certains, comme le manque de compréhension, d'éducation ou de connaissances sur le sujet de la PF peuvent aussi avoir une certaine influence sur les décisions. Les plus âgés, par exemple, avouaient être trop vieux pour commencer à apprendre à utiliser ces nouvelles technologies contraceptives ou même à s'informer à leur sujet. Il est possible aussi que plusieurs n'osent pas demander de l'information et donc du fait même avouer leur ignorance.

Il demeure néanmoins que l'élément central qui justifie les réticences des hommes n'est pas lié au manque d'information, mais bien à la peur de perdre le contrôle sur la fécondité et sur la sexualité des femmes, à la fois individuellement: le mari a peur de perdre le contrôle sur sa propre femme et sur sa fécondité donc sur le nombre d'enfants qu'il aura, mais aussi socialement. Si la société est basée principalement sur un modèle masculin, son fonctionnement passe par le contrôle des femmes auxquelles il faut assigner une place qui puisse être justifiée socialement ou spirituellement, mais qui favorise les intérêts de cette communauté. Ce sont les femmes qui reproduisent "physiquement" la société et l'utilisation des contraceptifs touche directement à la reproduction sociale et à l'existence même de cette société. Le contrôle du corps de la femme et de sa fécondité est toujours aussi un contrôle de la société, ce qui place la planification familiale au carrefour des deux facettes

du biopouvoir, le pouvoir sur le corps, et le pouvoir sur l'espèce, nous avons amplement développé ces idées dans le chapitre I. Deux pouvoirs opposés s'exercent donc à travers le corps des femmes de notre étude. Tout d'abord, par le biais du personnel médical et des campagnes de PF, un contrôle national et international qui a comme objectif de freiner la croissance démographique de la région, ensuite, par le biais des hommes, un contrôle de la communauté qui a besoin d'enfants pour sa survie économique et physique et qui valorise la fécondité.

6.4- Un espace de négociation et ses limites

Le portrait que nous venons de dresser pourrait nous faire oublier par contre la place de l'agentivité dans les transformations sociales: les femmes ne faisant pas que subir deux formes de pouvoir et de contrôle sur leur corps reproductif, mais utilisant aussi les contraceptifs en les liant à un discours médical précis pour faire valoir leurs intérêts et leurs besoins face à leur mari et le convaincre d'utiliser la PF, comportement qui pourra mener à plus ou moins long terme à des transformations dans les conceptions du couple, du rôle de la femme et de la famille. Nous traiterons donc ici du sujet central du chapitre VI, soit la dynamique des relations de genre qui s'actualisent dans la négociation de la fertilité, négociation rendue possible par l'accessibilité des contraceptifs hormonaux.

L'utilisation du discours médical par les femmes, discours qui s'appuie sur les concepts de santé maternelle et de mortalité infantile, leur permet de faire valoir leurs intérêts auprès du mari tout en acquérant une certaine crédibilité. Elles peuvent ainsi lui faire comprendre la nécessité d'utiliser la PF pour des raisons de santé. La justification par la santé n'est donc pas le seul apanage des infirmiers, elle sert d'argument de base pour la négociation une fois cette idée entre les mains des femmes. Certaines femmes ont menacé par exemple leur mari de devoir aller à Nouna subir une opération si elles tombaient enceintes de nouveau, ou encore de faire une seconde fausse couche et de perdre un autre enfant.

Le dernier enfant qui est décédé, il était serré, alors j'ai dit à mon mari voilà. J'avais déjà parlé de faire la PF et lui il refusait, alors comme l'enfant est décédé maintenant, j'ai dit à mon mari: tu vois, tu ne voulais pas faire la PF et maintenant il est décédé. Alors il a dit oui, tu as raison, tu vas accoucher de celui-là et ensuite on fera la PF et nous sommes venus à deux faire la PF. (Cady, 35 ans)

Dans plusieurs cas, c'est l'infirmier qui prend le parti de la femme et l'aide à convaincre son mari. Les infirmiers sont beaucoup plus insistants auprès des hommes et n'hésitent pas à leur faire peur et à les menacer pour les convaincre. Bien que ces méthodes puissent être discutables selon nous, beaucoup de femmes ont dit apprécier que les infirmiers puissent parler à leur mari puisque celui-ci a tendance à les écouter davantage: les femmes connaissent l'influence des infirmiers et savent l'utiliser. Dans le cas de Brigitte par exemple, qui désire utiliser la PF, mais dont le mari refuse, les infirmiers sont intervenus pour essayer de raisonner le mari par tous les moyens possibles.

Quand on a eu les trois enfants, on est venus au dispensaire, on a consulté l'infirmier et ils disaient que la femme était malade, alors ils l'ont soigné, mais ensuite ils ont dit que c'est parce qu'elle a des enfants si vite qu'elle est malade, donc on a pris l'injection, mais elle a arrêté et ensuite on a pu avoir des jumeaux. (...) Je vais rester à l'écoute, voir ma femme d'abord, s'il y a des complications, alors je ferai la PF, c'est un temps d'observation entre moi et ma femme. (Pierre, 27 ans)

Mais cette justification par la santé, autant par les femmes que par les infirmiers, cache les raisons réelles et plus profondes du désir de planification familiale. Dans ce cas-ci, Brigitte voudrait espacer davantage ses enfants pour avoir plus de temps et pouvoir mieux s'en occuper, il ne s'agit pas seulement d'une question de santé, même si c'est ce qui a été avancé auprès du mari. Mais lorsque son mari lui a demandé d'arrêter l'injection et qu'elle est tombée enceinte et a pu accoucher sans problèmes des jumeaux, pour lui, la "maladie" de sa femme était réglée et la PF devenait inutile à moins qu'il n'y ait de nouvelles complications médicales. Le pouvoir de négociation de la femme est donc limité par les désirs du mari, surtout s'il ne s'appuie que sur les questions de santé.

Ainsi, selon nos entrevues, dans beaucoup de cas la femme réussit à convaincre son mari d'utiliser la PF, mais celui-ci négocie le prix ou la durée de la méthode. La plupart des hommes vont préférer choisir eux-mêmes la méthode afin d'en obtenir une qui ne dure pas trop longtemps et qui soit réversible. Il arrive donc que la femme et l'homme se confronte sur le choix de la méthode, la femme préférant le Norplant qui dure 4 ans et l'homme insistant pour qu'elle commence par une injection de trois mois afin de s'assurer qu'il ne perde pas le contrôle sur la fécondité de sa femme et qu'il puisse en tout temps revenir sur sa décision et l'annuler s'il change d'idée, comme le dit si bien Justin, 33 ans : « Pour moi le Dépo serait mieux. Si on a fait le Dépo une fois ou deux, si la décision que j'ai prise a

changé alors on peut arrêter. » La plupart du temps, lorsque l'homme a accepté de faire la PF, la femme devra écouter ses conditions et prendre la méthode qu'il désire.

Mon mari a refusé, sinon moi je voulais placer le Norplant encore, mais il m'a dit que si je mettais ça, s'il voulait un enfant, il faudrait aller enlever ça encore. Donc c'est pour ça que j'ai fait l'injection. (...) Lui il préfère l'injection. Parce que si tu mets le Norplant, ça dure plus longtemps et il faut le faire enlever si tu veux des enfants. (Alice, 26 ans)

Il arrive par contre que la femme commence l'utilisation du Dépo ou de la pilule avec l'autorisation du mari, puis continue par elle-même sans l'avertir ou jusqu'à ce qu'il s'en rende compte et lui dise d'arrêter, pour prolonger la durée d'utilisation accordée par le mari. Ces femmes payent donc par elles-mêmes pour les injections suivantes. Dans certains cas, le mari refuse de payer, probablement pour signifier sa réticence à utiliser ces méthodes médicales, sans toutefois rejeter la demande de sa femme, et celle-ci propose donc de payer par elle-même :

Pour la pilule, ça allait d'acheter les comprimés, mais pour l'injection il faut venir au dispensaire tout le temps, donc je devais parler de ça avec mon mari pour l'informer. Donc c'est moi qui lui ai parlé la première fois, mais il n'a pas refusé, il a dit que si je voulais faire, je n'avais qu'à faire, mais que lui n'avait pas d'argent pour payer ça donc c'était à moi de payer. (Safora, 39 ans)

Le fait de travailler [il s'agit surtout de petits commerces] et d'avoir de l'argent permet donc aux femmes un certain pouvoir de négociation et d'action et nous verrons d'ailleurs dans le chapitre suivant que cela leur permet aussi d'aller contre la décision du mari, les hommes blâmant le fait que les femmes puissent avoir cet argent et le gérer ainsi. L'éducation est aussi un outils de négociation important pour les femmes. Dans le cas de Justine, par exemple, qui a 6 ans de scolarité et dont le mari n'est jamais allé à l'école, son éducation semble contribuer à un certain équilibre dans la relation conjugale puisqu'elle n'a pas peur d'exprimer ses idées et elle se sent écoutée :

Mon mari n'a pas fréquenté, c'est moi qui ai fréquenté donc c'est moi qui parle comme ça, comment on peut faire, si on fait ça, c'est bon, si on ne fait pas ça, ce n'est pas bon. (...) Il me respecte plus comme j'ai fréquenté. (Justine, 29 ans)

L'accessibilité en soi des contraceptifs hormonaux augmente aussi le pouvoir de négociation de la femme par rapport à sa fécondité. En effet, leur fonctionnement même, c'est-à-dire le fait qu'ils ne nécessitent que la participation de la femme, lui permet d'avoir un plus grand contrôle sur sa fécondité que les méthodes naturelles ou que les préservatifs.

Dans le cas des méthodes naturelles, nous avons vu qu'il arrivait souvent que le mari ne respecte pas les lois, ce que les femmes ne peuvent contrôler. Quant aux préservatifs, il est vrai que leur utilisation par les hommes démontre un désir de s'impliquer dans les questions de PF pour aider la femme, mais ils sont très rarement utilisés dans le couple. Pour la plupart des répondants, hommes et femmes, les préservatifs ne sont pas appropriés au sein du couple : ils sont fortement reliés dans les mentalités à la prostitution, au libertinage et à la maladie et leur utilisation suppose un manque de confiance dans la relation.

Oui, il y a des gens qui utilisent ça, mais pas moi. Ils disent que c'est important, ça peut éviter les grossesses aussi. Moi ça ne m'intéresse pas dans ma famille, si c'est pour aller ailleurs, bon, c'est important de porter ça. Mais si c'est ma femme personnelle, et non pour une autre ou quoi, non, je ne veux pas parce qu'il n'y a pas d'hésitations entre nous. Si tu mets ça, ça veut dire que tu n'as pas confiance dans ta femme, et qu'elle non plus n'a pas confiance en moi donc il ne faut pas utiliser la capote. (Philippe, 37 ans)

C'est pourquoi beaucoup d'hommes refusent d'utiliser les préservatifs avec leur femme comme moyen de planification familiale. Mais pour les femmes dont le mari choisit d'utiliser le préservatif pour espacer les enfants, d'autres problèmes se présentent qui font en sorte qu'elles préfèrent souvent les méthodes hormonales sur lesquelles elles ont plus d'emprise. En effet, d'abord il est exigent de s'assurer qu'il ne manque jamais de préservatifs, d'aller en acheter et de s'assurer que l'homme les utilise à chaque fois. Ensuite, si le mari décide de ne plus les utiliser, notamment parce qu'il désire un enfant, la femme perd le contrôle sur cette méthode contraceptive et ne peut confronter son mari à ce sujet. Plusieurs femmes en viennent donc à préférer utiliser les méthodes hormonales, qu'elles trouvent plus sûres, mais surtout sur lesquelles elles ont aussi plus de contrôle.

Après le premier enfant, je voulais venir pour payer les comprimés, mais mon mari ne voulait pas, c'est la capote qu'il utilisait. (...) Il aimait, ça, oui, moi aussi, mais je n'avais pas confiance. (...) Quand l'enfant a grandi, lui il a cessé d'utiliser le préservatif, mais moi je ne voulais pas encore d'enfants à ce moment, donc c'est pour cela que je suis venue payer pour ces méthodes-là. (...) J'ai plus confiance avec ces méthodes-là qu'avec la capote. (Mariam, 29 ans)

Des conflits peuvent alors survenir par rapport au désir différentiel de fécondité entre l'homme et la femme en lien avec l'accessibilité des méthodes hormonales. En effet, ces méthodes diminuent le pouvoir de décision de l'homme au profit de celui de la femme qui peut les utiliser sans son consentement, ce qui ne plaît pas aux hommes qui se sentent

parfois lésés dans leur autorité et dans leurs désirs. Ce sont alors les intervenants, infirmiers ou autres, qui doivent peser le pour et le contre et prendre soit le parti de la femme, soit celui de l'homme, mais essayer de réconcilier le couple dans ses décisions. Une bénévole qui fait partie d'une OBC et vend des pilules et des préservatifs dans la rue principale de Nouna raconte ainsi comment une femme a voulu aller contre la parole de son mari et comment elle en est venue à prendre le parti de l'homme :

Il y a un homme qui a amené sa femme ici et moi j'ai expliqué à la femme, devant le mari, comment fonctionne le préservatif et ils ont pris ça durant deux ans et demi. Ensuite, le mari voulait un enfant, mais la femme ne voulait pas, donc elle est revenue chez moi pour payer la pilule, mais moi j'ai dit non, ton mari est venu l'autre fois, il est honnête, maintenant qu'il veut un enfant, je ne peux pas te vendre, tu dois venir avec le consentement de ton mari. Finalement elle a accouché.

L'utilisation des méthodes médicales offre néanmoins à la femme un espace de négociation par rapport à sa fécondité lui permettant de rééquilibrer les pouvoirs et de mettre de la pression sur le mari pour faire entendre son point de vue. Ainsi, dans certains cas, la femme ne désire pas de grossesse et l'utilisation du Norplant ou de l'injection sans avoir eu le consentement de son mari fait en sorte que son opinion sera au moins écoutée et les infirmiers seront utilisés comme intermédiaires entre elle et son mari pour faire valoir ses intérêts, comme dans le cas ci-dessous décrit par Mamadou, qui a pris le parti de la femme cette fois-ci.

On a eu un cas comme ça, la femme avait inséré son Norplant, son enfant avait deux ans et demi et le mari voulait une grossesse, mais ce qu'elle m'a fait savoir c'est que le plus souvent quand elle est enceinte, le mari ne s'occupe pas d'elle, il passe son temps à la bastonner, donc elle ne désirait pas de grossesse, elle n'était pas prête compte tenu des antécédents. Donc quand ces problèmes se posent... la femme est venue enlever le Norplant avec son mari qui insistait beaucoup et il y a eu satisfaction. La femme voulait qu'on fasse une cicatrice pour ruser le mari, mais on a décidé d'entendre le mari. J'ai discuté avec le mari trente minutes, mais il n'a pas essayé de comprendre, donc on a fait le retrait, mais on lui a donné une autre méthode, parce que souvent il faut respecter le désir de l'homme et de la femme, il faut choisir le juste milieu. C'est ce qui est normal de faire. En attendant que les deux réfléchissent, on a donné l'injectable à la femme. Lorsqu'il y aura entente, au moins c'est une méthode qui est réversible si elle veut arrêter, et puis pour l'injection le mari ne pourra pas savoir donc sur ce point il n'y a pas de problèmes. (Maïeuticien au CSPS de Nouna)

Malgré ce pouvoir de négociation qui permet aux femmes d'affirmer davantage non pas nécessairement leur désir d'avoir moins d'enfants, mais leur désir d'espacer les

naissances et de contrôler leur fécondité, des limites existent et il importe de rappeler que les rapports de force dans les relations de genre ne sont pas égaux. En effet, l'homme peut forcer à tout moment sa femme à faire enlever son Norplant ou à arrêter la prise de l'injection ou de la pilule. Il arrive souvent d'ailleurs que le mari revienne sur sa décision (ou refuse) et la femme n'a alors pas le choix d'obéir à son mari. Quelques répondantes que nous avons eu en entrevue venaient tout juste de faire enlever leur Norplant après une année ou deux d'utilisation et ces répondantes prétextaient d'abord des questions de santé avant d'avouer finalement que leur mari les avaient forcé à venir, mais qu'elles ne savaient pas pourquoi et n'avaient pas pu en discuter avec lui. Pour la majorité des répondantes, comme la femme vit chez son mari, elle lui doit obéissance et ne peut aller au-delà de sa parole, sous peine de briser le couple et de gâcher son mariage, le mari pouvant chasser sa femme à tout moment si elle lui désobéit.

C'est lui qui a dit de venir enlever ça. C'est lui qui a décidé ça. Et comme avant il avait d'abord accepté, donc maintenant s'il veut l'enlever, je ne peux pas dépasser la parole de mon mari. (Cady, 35 ans)

Moi je veux séparer les enfants puisque s'ils sont côte à côte comme ça, ça fatigue, mais pour mon mari, c'est le contraire, mais comme c'est mon mari, je ne peux pas dépasser la parole de mon mari, si je fais ça, ça risque de briser le couple. (Brigitte, 26 ans)

Nous verrons dans le chapitre suivant comment les hommes jugent pour leur part une femme qui désobéirait à son mari et nous comprendrons aussi pourquoi les femmes craignent d'aller contre sa parole, même si dans les faits, ce comportement n'est pas aussi risqué qu'elles ne l'imaginent d'après celles qui l'ont déjà essayé. Malgré tout, la majorité des femmes ne veulent pas aller contre la parole de leur mari et elles préfèrent attendre son approbation. Elles mentionnent donc leur désir d'utiliser la PF à leur mari, puis plusieurs comme Sophie, 36 ans, se retrouvent dans une situation d'attente où elles ne peuvent prendre de décision par elles-mêmes sous peine de désobéir au mari puisque celui-ci ne s'est pas positionné ouvertement sur le sujet :

J'avais parlé de l'implant à mon mari. Il n'a pas refusé, mais il n'a rien fait pour le moment. (...) Donc mon mari avait dit que lorsque j'accoucherais on allait venir placer le Norplant, mais finalement il n'a rien dit depuis.

Ce manque de pouvoir de négociation fait en sorte que certaines abandonnent l'idée d'utiliser la PF ou choisissent de le faire en cachette. L'échec des négociations, c'est-à-dire

le désaccord entre l'homme et la femme ou le fait que le couple n'a pas réussi à se parler, nous mène donc à un comportement qui fera l'objet du chapitre suivant: le fait de prendre des contraceptifs à l'insu du mari et de se cacher des regards de la communauté pour le faire, désobéissant ainsi au mari.

6.5- Échec des négociations: désobéissance à l'homme

Avant le milieu des années 1990, l'autorisation du mari était nécessaire au Burkina Faso pour que la femme puisse avoir accès aux contraceptifs, mais depuis le virage politique amorcé à cette époque et coïncidant avec la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire, un service de confidentialité existe maintenant qui permet à la femme de prendre des contraceptifs sans que son mari ne soit au courant et les infirmiers sont tenus de garder le secret. Ce service a été offert notamment dans l'idée d'améliorer les programmes axés sur la santé de la reproduction et aussi, bien sûr, d'augmenter la prévalence contraceptive, les hommes s'étant avérés être des « obstacles » à la consultation des services de PF par les femmes.

Toutefois, le fait de prendre des contraceptifs à l'insu du mari est un comportement très mal vu et critiqué dans les communautés. Les hommes désapprouvent ce comportement et blâment les femmes qui agissent de la sorte. Quant aux femmes, certaines approuvent dans le cas où le mari ne veut réellement rien entendre et que la femme a besoin d'espacer ses enfants ou de se reposer. Les femmes sont donc plus ouvertes à comprendre les raisons qui pourraient justifier un tel comportement, notamment si le mari se montre incompréhensif et pour des raisons de santé. Mais règle générale, la plupart des répondantes s'entendaient avec les hommes pour dire que la femme a le devoir d'informer son mari et ne peut pas lui désobéir, même si celui-ci refuse ou même s'il a tort. Selon eux, les deux doivent s'entendre dans le couple et la femme ne peut aller au-delà de la parole de son mari, elle doit se conformer à ses décisions si elle n'arrive pas à le convaincre. « C'est le choix du mari qu'il faut respecter. »

Siaka, imam à Ira, rappelle aussi que ce comportement va contre la Loi coranique : « Si tu maries une femme, tout ce que la femme va faire, elle doit avertir son mari. La loi, c'est que tu avertisses le mari. » Beaucoup ont évoqué le fait que c'était « mal » d'agir de la sorte, certains ont aussi relié ce comportement à l'idée de libertinage. Les femmes qui agissent ainsi sont donc généralement très mal vues.

Ce n'est pas normal, quand tu te caches à ton mari, c'est que tu as un autre esprit, peut-être que tu as quelqu'un d'autre en vue... Selon moi, si tu te caches, c'est qu'il y a quelqu'un dehors. (Adèle, 29 ans)

Mais l'argument principal était que ce genre de comportement comporte un risque assuré pour le couple. La plupart des femmes ont évoqué leur peur des répercussions et les problèmes sérieux qu'elles pourraient avoir en agissant ainsi : « Si je viens faire et qu'un jour mon mari est mis au courant, ça va amener des problèmes et peut-être même le divorce. », déclare Brigitte, 26 ans. Ce qui est sûr, c'est que le mari sera fâché et Moumouni, 57 ans, explique comment ce comportement va diminuer la confiance et l'amour que l'homme a envers sa femme : « Si le mari aimait sa femme, si elle va faire la PF en cachette, il l'aimera moins. »

L'idée de danger a aussi été associée au fait d'agir à l'insu du mari. Beaucoup de femmes ont expliqué que si le mari se rend compte du secret de sa femme, les choses peuvent se gâter sérieusement. La violence n'a jamais été abordée directement dans les entrevues, quoiqu'une des répondantes nous ait raconté comment elle avait déjà vu un mari frapper sa femme à ce sujet, mais les allusions au danger et à la bagarre étaient nombreuses :

Si la femme se cache pour faire, ce n'est pas sérieux, le jour où tu es au courant ce sera chaud. (Kader, 33 ans)

Moi ce que je vois c'est que si je viens faire sans son autorisation et qu'il l'apprend, ça va être grave. C'est sur ça que j'ai peur. (Bernadette, 28 ans)

Si je fais à son insu ça va être la bagarre! (...) Pour ces femmes-là, il ne faut pas que leur mari sache sinon ce sera la bagarre! (Alima, 33 ans)

Les femmes qui décident d'utiliser les contraceptifs à l'insu de leur mari doivent donc se cacher, non seulement de celui-ci, mais de la communauté en général. Les infirmiers nous racontaient qu'ils pouvaient reconnaître ces femmes parce qu'elles venaient au CSPS à des heures bizarres, quand il n'y avait personne, ou bien elle avait leur papier de consultation plié plusieurs fois et caché quelque part. D'autres préfèrent aller dans d'autres villages pour ne pas se faire voir :

Il y a même des gens qui vont dans d'autres villages, dans d'autres CSPS, ils ne le disent pas à leur mari, ni à la belle-mère. (...) Oui, j'en connais, mais elles ne vont pas accepter de venir si je leur demande. Même si je sais qu'elles font la PF, elles vont me dire qu'elles ne font pas. Elles vont avoir des problèmes si elles viennent. J'ai une

copine qui fait, mais ce n'est pas facile. Son mari n'est pas au courant. (Fatima, 20 ans)

Il a donc été difficile de rencontrer ces femmes puisque la plupart nient qu'elles utilisent la PF et ne veulent surtout pas être dévoilées. Au niveau éthique, il a fallu respecter le secret de ces femmes et nous n'avons pu avoir en entrevue que sept femmes qui ont vécu l'expérience de le faire à l'insu du mari (ce qui est déjà beaucoup). Parmi elles, une était dans une situation ambiguë, le mari ayant été mis récemment au courant, deux avaient fini par s'entendre avec leur mari (elles avaient atteint un certain âge) et prenaient maintenant des contraceptifs avec son consentement et deux avait cessé récemment d'utiliser la PF depuis que leur mari s'en était rendu compte. Seulement deux répondantes prenaient donc effectivement des contraceptifs à l'insu de leur mari durant la période d'entrevue et le personnel médical s'est assuré de la confidentialité de notre entrevue avec elles. Nous avons choisi trois de ces femmes : Kadi, Mariam et Minata, trois femmes musulmanes dont une Bambara et deux Mossi, que nous laisserons ici parler et nous raconter leur expérience.

Kadi a 39 ans et elle a utilisé l'injection durant plusieurs années après son septième enfant. L'accoucheuse et les infirmiers ont eu beaucoup de problèmes avec son mari qui refusait la PF et ils ont décidé d'aider cette femme à le faire à son insu durant ces années. Elle a récemment arrêté l'injection et elle est tombée enceinte, elle allaite présentement son dernier et pense recommencer l'injection, toujours à l'insu du mari.

Moi je prends le Dépo parce que la pilule, si un jour tu oublies, tu risque de tomber enceinte et puis aussi si mon mari voit les plaquettes, je risque d'avoir des problèmes. (...) Le stérilet, ils nous ont montré ça, mais ce n'est pas disponible ici. Je sais que c'est ce qu'il y a de meilleur, mais mon mari pourrait le savoir donc pour me protéger c'est mieux le Dépo. (...) Moi j'ai fait beaucoup de grossesses comme ça, je fatigue beaucoup, et puis les gens ont commencé à parler à mon mari pour lui dire que si la femme prend trop de grossesses, elle souffre, donc il doit venir à l'hôpital pour la PF et il a dit que oui, il a compris. Mais j'ai accouché et il n'est pas retourné à l'hôpital et ne parle plus de PF donc je suis venue faire la PF en cachette. (...) C'est avec mon argent que je paie puisque mon mari n'est pas au courant. Je vends des galètes donc je me débrouille, mais ça ne fait pas beaucoup d'argent. Je faisais la PF avant le dernier bébé, après la fille de 6 ans, mais je n'avais plus les moyens donc j'ai arrêté et je suis tombée enceinte. (...) Si la PF était gratuite, il ne serait pas au courant, je le ferais gratuitement. Puisque de toute façon je ne parle pas de ça avec lui. (...) Il ne peut pas être fâché parce que c'est moi qui souffre avec ça... En tout cas, même s'il est fâché je vais le faire quand même. (...) Non, je n'ai pas peur. [En fin d'entrevue elle nous dit quelle se confie à nous pour avoir de l'aide, mais nous demande de garder le secret.]

Mariam a 29 ans, elle est la seconde épouse de son mari et elle a quatre enfants. Elle a utilisé une seule fois l'injection après son premier enfant, puis elle a utilisé la pilule après le deuxième et le troisième enfant durant un peu plus longtemps et elle s'est finalement fait poser un implant après son dernier enfant qu'elle a gardé deux ans. Son mari s'est en rendu compte et l'a forcé à venir l'enlever.

J'avais mis le Norplant sans que mon mari ne sache. Mais il a su donc j'ai du venir pour l'enlever. Il l'a vu sur mon bras. (...) Je me cachais pour faire tout ça, la pilule, l'injection. (...) C'est moi-même qui cherche l'argent pour venir faire ça comme je veux me reposer donc mon mari ne sait rien de ça et ne cherche pas pour ça. (...) Je cultive, je vends des petits pois et des cacahuètes. (...) Il sait que les enfants sont espacés. Il me parlait de ça souvent en causerie, mais il ne savait pas ce que je faisais pour qu'ils soient espacés. (...) C'est mon premier enfant, quand j'ai accouché, après j'ai vu mes règles et j'ai eu peur, je lui ai dit que je devais venir à l'hôpital pour la PF, mais il n'a pas accepté donc c'est pour cela que je me suis cachée pour venir faire. Et depuis il n'a pas su. Après tous mes accouchements, je venais pour espacer les enfants. Lui il voulait des enfants vite, vite, mais selon moi c'est la fatigue donc voilà. (...) Lorsqu'il a su, il a dit que comme j'avais de l'argent, c'est pour cela que je n'écoutais pas ce qu'il m'avait dit. Puis il m'a dit de venir l'enlever. (...) Non. Il ne m'a pas tapé, il ne m'a pas insulté, mais j'ai su moi-même qu'il était fâché donc je suis venue l'enlever. Mon mari n'a pas dit ça à personne. (...) Si j'avais gardé ça, on se serait bagarré.

Minata a 43 ans, elle est la troisième femme de son mari qui a deux fois son âge, elle a huit enfants et elle a utilisé plusieurs méthodes à l'insu de son mari. D'abord elle s'est fait poser un stérilet qu'elle a gardé durant un an, mais « ça n'allait pas avec elle », ensuite elle a pris la pilule durant quatre mois, puis elle s'est finalement fait conseiller le Norplant par sa soeur qu'elle a gardé durant cinq ans. Elle vient tout juste de l'enlever et pense à le renouveler si ses règles reviennent.

Mon mari est un vieux donc il ne connaît pas ça. Il a 80 ans peut-être. Il n'a jamais utilisé un préservatif. Pour les méthodes même je me cache pour le faire, sinon il n'accepte pas. (...) Non, je n'ai jamais parlé de ça avec lui. (...) Non, je n'ai parlé à personne. Si tu ne te caches pas, si elles sont au courant, on va te critiquer partout. Les gens causent là-dessus, mais moi je n'ai pas dit à personne et les infirmiers ne vont pas aller le dire. Je l'ai mis [le Norplant] de l'autre côté du bras. Il ne peut pas savoir ça. Les vieux ne connaissent pas ce genre de truc-là. (...) C'est mon papa qui m'a marié. (...) Même s'il y a un jeune que tu aimes, ce que ton papa dit, tu dois écouter, tu n'as pas le choix. (...) Je ne sais pas [si les hommes devraient s'y intéresser], pour moi je me suis cachée pour venir faire. Il y a des hommes qui s'entendent avec leur femme, mais notre mari, c'est différent.

Mariam et Minata sont en union polygame, ce qui favorise le fait qu'elles puissent utiliser des contraceptifs à l'insu de leur mari. En effet, celui-ci a déjà beaucoup d'enfants et ne surveille pas autant sa deuxième ou sa troisième femme. De plus, la plupart des femmes qui utilisent les contraceptifs à l'insu de leur mari le font uniquement pour espacer

leurs enfants ou après en avoir eu beaucoup de sorte que le mari croit que l'espacement est naturel ou que la femme a atteint la ménopause. Dans le cas de Mariam par contre, encore jeune et qui a gardé son Norplant deux ans, le mari a commencé à poser des questions. Pour toutes ces femmes, garder le secret est primordial, autant face au mari, à la coépouse ou à la communauté et certaines méthodes comme la pilule ou le Norplant sont plus risquées puisque le mari peut le découvrir, comme dans le cas de Mariam, à moins de cacher le Norplant de l'autre côté du bras comme l'a fait Minata. Des stratégies sont donc élaborées pour que le mari ne s'en rende pas compte, mais le choix de la méthode contraceptive est influencé par cette position difficile de la femme, comme l'explique Kadi qui n'a pas pu choisir la pilule ou le stérilet bien qu'elle aurait préféré ces méthodes. L'injection demeure la méthode la plus sûre puisqu'elle ne laisse aucune trace et ces femmes sont donc contraintes à cette méthode sous risque d'être découvertes. Un autre élément qui ressort de ces trois entrevues est que ces femmes doivent faire preuve de débrouillardise pour réussir à trouver l'argent nécessaire pour venir faire la PF. Dans le cas de Kadi, chercher de l'argent n'a pas été toujours facile, mais pour les trois, les petits travaux qu'elles font leur permettent une autonomie qui transforme leur pouvoir d'action et de décision.

Ces femmes doivent aussi être prêtes à affronter leur mari s'il le découvre. Dans le cas de Mariam, tout s'est passé sous silence, mais les scénarios peuvent être multiples. Il est vrai que le mari n'a souvent pas intérêt à ébruiter l'histoire et l'attitude du conjoint de Mariam est compréhensible. Dans beaucoup de cas, les femmes qui agissent à l'insu du mari n'ont pas vraiment eu l'occasion d'en parler avec lui, elles n'osaient pas ou ne désiraient pas le faire, la différence d'âge entre les conjoints dans une union polygame n'aidant d'ailleurs pas à la communication, comme l'explique Minata. Le fait que le mari découvre le secret de sa femme mène alors à une discussion sur le sujet, qui a souvent lieu pour la première fois. Parfois cette discussion débouche sur un refus du mari, mais dans certains cas, les deux finissent par s'entendre et le mari accepte finalement. Le fait d'utiliser la PF à l'insu du mari n'est donc pas seulement l'expression d'un échec des négociations et une voie de non-retour, ce comportement peut aussi permettre de remettre le sujet et les négociations de l'avant, dans un contexte où la communication par rapport à la sexualité est difficile entre les conjoints.

CONCLUSION

Nous nous sommes intéressés dans ce mémoire aux programmes de planification familiale en milieu rural sahélien ainsi qu'à l'utilisation des contraceptifs hormonaux tels que la pilule, l'injection hormonale et l'implant par les populations de la région de Nouna, au Nord-Ouest du Burkina Faso. Une analyse historique et politique des programmes de population a été effectuée ainsi que qu'une soixantaine d'entrevues semi-dirigées et une observation participante dans les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Les deux approches théoriques développées dans le premier chapitre, celle issue des théories du biopouvoir et celle issue des théories de l'agentivité, bien que très différentes, ont été utilisées afin d'aborder le sujet grâce à deux points de vue complémentaires et en alternance. En effet, la question du biopouvoir, de la gouvernementalité des populations et les concepts dérivant de l'idée de citoyen biologique ont permis de considérer le corps des femmes comme lieu d'engagements politiques et économiques. Nous avons vu comment le contrôle des populations se base sur une responsabilisation par rapport à la fécondité et le désir d'homogénéiser une certaine forme de citoyen malléable qui puisse s'autoréguler grâce à certaines idéologies véhiculées sur la fécondité, le corps et l'individu. Nous avons aussi constaté l'omniprésence du discours médical, les pressions qu'il exerce sur les individus et le contexte de culpabilisation qu'il crée par rapport à une situation économique difficile où les contraceptifs apparaissent comme des solutions à la pauvreté et à la mortalité maternelle et infantile. Les contraceptifs sont donc présentés et conçus comme des outils de « progrès » puisqu'un renversement de paradigme, notamment dans certaines théories démographiques, a fait croire que la PF en soi allait améliorer les conditions de vie, masquant les causes réelles des problèmes et imposant certaines lignes de développement. Mais sans nier la pertinence de cette approche critique des programmes de population, l'analyse des entrevues avec les répondants et le personnel médical a permis également de mettre en évidence l'agentivité des femmes et des hommes qui utilisent les contraceptifs hormonaux. Même face aux plus grandes contraintes et dans les contextes les plus oppressifs, les individus ont un degré d'agentivité : ils ne font pas que subir et sont toujours aussi en partie les acteurs du social, réinterprétant, s'opposant ou réutilisant à leur avantage. Nous avons ainsi vu comment les femmes réutilisent le discours médical dans un contexte d'inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes pour faire valoir leurs intérêts.

Cette idée concorde d'ailleurs avec les études de Stark (2000) au Bangladesh qui soutient que même dans les sociétés où les femmes manquent de manière flagrante d'autonomie, celles-ci sont proactives et n'hésitent souvent pas à aller contre la communauté ou même contre l'autorité du mari pour leur sécurité et celle de leur famille. Ces constatations nous permettent aussi d'appuyer les idées de Sow (dans Imam et *al*, 2004) par rapport à la dynamique conflictuelle des rapports sociaux de genre dans la maisonnée. En effet, alors que la maisonnée a longtemps été considéré comme une entité de décision concertée et homogène, nos résultats sur la négociation de la fécondité entre l'homme et la femme et les stratégies utilisées par chacun pour assurer ses intérêts par rapport à un désir différentiel d'enfants montrent plutôt le côté dynamique et conflictuel des décisions prises en matière de fécondité dans la maisonnée.

Cette seconde approche théorique nous a aussi permis de revenir sur la question de la culture. En effet, trop souvent vue dans les études démographiques sur la planification familiale comme une liste de variables indépendantes — représentant souvent des « obstacles » à la pratique contraceptive — ou encore comme une entité fixe déterminant les comportements, les auteurs comme Kertzer, Greenhalgh et Bourdieu que nous avons révisés dans notre premier chapitre ont souligné plutôt le degré d'autonomie des individus pour manipuler les codes culturels et le caractère dynamique de la culture, celle-ci étant imbriquée dans des structures institutionnelles et un pouvoir politique en constante transformation. Le renversement de paradigme effectué par Bledsoe (2002) lorsqu'elle propose de se questionner plutôt sur les raisons qui justifient que les populations rurales n'aient pas davantage d'enfants plutôt que sur les raisons pour lesquelles ils n'utilisent pas davantage les contraceptifs a aussi été central dans notre compréhension de la planification familiale en milieu rural burkinabè. Non seulement nous avons pu constater, comme elle, que le fait même de ne pas utiliser les contraceptifs ou de les utiliser pour de très courtes périodes de temps démontre une action consciente et concertée sur la fécondité, dans un contexte où la forte natalité est essentielle économiquement et valorisée culturellement, mais il nous a aussi été possible, ce qui a peu été fait jusqu'à présent, de comprendre les contraintes de la vie quotidienne qui mènent à désirer moins d'enfants malgré leur nécessité. La détérioration des conditions de vie, le désir d'« évoluer » et de sortir du cercle vicieux de la pauvreté et des transformations dans les besoins des enfants et dans le rôle des parents sont d'autant d'éléments que nous avons explorés. Ces résultats sont liés de

près à un contexte historique particulier (décrit dans le premier chapitre) que Meillassoux a d'ailleurs très bien cerné en mettant en relation les transformations du système capitaliste et de l'utilisation de la main d'œuvre dans les années 70 et les ajustements structureaux dont ont été victimes les populations africaines. Nous avons aussi pu explorer le contexte historique, celui de la Guerre Froide, dans lequel les premières politiques de population ont émergé ainsi que le rôle de la biomédecine et des études de population par rapport à la responsabilisation et à la gouvernance des corps où une conception « moderne » de l'individu, de la mort et de la maladie est véhiculée, ce dont Foucault a d'ailleurs abondamment traité dans ses écrits, notamment dans *Naissance de la clinique* (1972). Mais ce qui est intéressant est la manière dont au niveau local cette nouvelle conception de l'individu se matérialise. La question des « corps modernes », le désir de distinction et d'un meilleur futur et la valorisation d'un nouveau mode de vie moderne et « évolué », les préjugés sur les corps « incontrôlés » des paysans « qui ne connaissent pas » sont des éléments qui sont ressortis en entrevue, surtout chez les plus jeunes. Nous avons tenté de lier ces nouvelles conceptions à des transformations sociales potentielles dans le rôle de la famille, des enfants et de la maisonnée en général, mais il demeure qu'en milieu rural burkinabè, ces préoccupations sont surtout de l'ordre du discours et du symbolique et le taux de natalité chez les jeunes demeure très élevé. Il est vrai que de nouveaux besoins émergent et que les paysans sont conscients des dépenses qui doivent maintenant être faites pour les enfants au niveau de l'école, des médicaments, des vêtements, mais il faut aussi se demander à quel point les jeunes femmes que nous avons rencontrées qui ne voulaient que deux ou trois enfants et vantaient la petite famille comme modèle familial vont vraiment réussir à vivre cette vie « moderne » qu'elles projettent ?

Un autre point intéressant qui ressort des entrevues est la manière dont le discours médical est utilisé par les répondants pour faire entendre leurs souffrances. Plusieurs auteurs en anthropologie médicale ont d'ailleurs bien vu comment le recours au discours médical permet d'exprimer des souffrances sociales plus larges. Dans un contexte où la vie biologique est valorisée davantage que le politique, c'est en utilisant le prétexte de la santé que plusieurs réussissent à faire entendre leurs droits et les abus dont ils sont victimes (Petryna, 2006, a mis en évidence ce phénomène avec le concept de « citoyen biologique »). Ainsi, la mortalité maternelle et infantile, la mauvaise santé et les problèmes économiques ressortaient sans cesse dans les propos des répondants comme raisons de

justifier l'utilisation de la PF, l'entrevue étant une façon pour beaucoup d'exposer ces problèmes et de faire entendre leur voix. Le cas de la rencontre médicale et clinique, situation ethnographique étudiée par de nombreux anthropologues médicaux comme Good (2003) ou Maternowska (2000) nous a aussi été utile pour comprendre davantage la dynamique qui se joue entre un discours médical moralisateur de plus en plus influent auprès des populations et les pressions religieuses ou patriarcales de la communauté souvent en résistance face à certaines conceptions nouvelles de la famille et des enfants qui sont véhiculées et rappelant le rôle de la femme dans la société, dont le corps est le lieu d'expression du fort désir de natalité. L'analyse de la situation des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) au Burkina Faso, dans un contexte de décentralisation des services de santé, a mis en évidence comment de nouvelles organisations communautaires se sont créées, impliquant les populations davantage et créant un réseau de sensibilisation pour inciter les citoyens à prendre leurs responsabilités en matière de PF par rapport à la santé de leur famille, de la femme et des enfants, et peu de gens osent s'opposer à ces idées en entrevue même si la plupart ne les partage pas. Pour plusieurs femmes, des tensions entre les pressions médicales et les pressions de la communauté se faisaient sentir alors que le désir de diminuer les naissances pour pouvoir se reposer se heurtait à la valorisation qui provient du fait de produire une famille nombreuse. Notre analyse de la rencontre clinique a donc permis de cerner la négociation entre la communauté et le pouvoir médical sur la fonction des contraceptifs et les raisons ainsi que les buts de leur utilisation, les représentants religieux et les maris établissant par exemple des limites et des contraintes à la pratique contraceptive. Le concept d'« espacement des naissances » a d'ailleurs été proposé par le personnel médical face à l'échec des premiers programmes de réduction des naissances qui ne trouvèrent pas écho au sein des populations. Nous avons aussi pu comprendre, en écoutant les histoires qui circulaient sur les effets secondaires des contraceptifs, comment la communauté intervient et exprime ses craintes par rapport à l'intervention biomédicale dont l'histoire n'a pas toujours été rose dans les pays pauvres.

Les entrevues avec les répondants qui utilisent les contraceptifs montrent que ceux-ci sont utilisés dans la plupart des cas comme substituts aux méthodes traditionnelles d'abstinence pour espacer les enfants, cet espacement ayant toujours été valorisé puisqu'il permet à la femme de ne pas tomber enceinte alors qu'elle allaite encore, une période critique où la femme et son enfant sont vulnérables. Face à la contingence du succès

reproducteur et pour mettre toutes les chances de leur côté pour produire une descendance nombreuse et en santé, dans un contexte culturel où le but de la femme est de réussir à mettre au monde tous les enfants que Dieu lui a donné et a mis dans son ventre, les contraceptifs aident donc à choisir les bons moments pour mettre au monde ces enfants. La contraception au sens d'empêcher les naissances est d'ailleurs très mal vue en milieu rural burkinabè et dans les quelques situations où les contraceptifs sont utilisés pour cette raison, dans le cas des veuves et des jeunes filles scolarisées par exemple, les préjugés ou les pressions sociales s'avèrent très fortes. En analysant comment la vie reproductive n'est pas conçue de manière linéaire, mais plutôt en lien avec l'histoire obstétrique (en nous référant à l'étude de Bledsoe, 2002), nous avons vu que la ménopause était liée davantage à un état de fatigue ressenti par la femme, au succès reproducteur et à certains événements obstétricaux plutôt qu'à l'atteinte d'un certain âge. En ce sens, lorsque le moment souhaité de la ménopause ne coïncide pas avec le moment biologique, les contraceptifs apparaissent pour les couples plus âgés comme un excellent moyen de « laisser la femme se reposer », les problèmes rencontrés en fin de vie reproductive comme les fausses couches successives étant souvent l'événement déclencheur faisant en sorte que le mari décide — fortement influencé par les infirmiers — d'amener sa femme pour les services de PF.

Ce qui ressort des entrevues avec la majorité des répondants qui utilisent les contraceptifs ou projettent de le faire est donc la médicalisation de la reproduction. Les discours des programmes de PF ont en quelque sorte mené à une médicalisation de la vie reproductive tout en faisant du sens auprès des populations qui conçoivent la PF davantage comme une solution médicale aux souffrances de la femme et à la mortalité infantile qu'à un moyen de planifier la famille. Malheureusement, les problèmes de santé reproductive de base, la malnutrition, les conditions de vie et la pauvreté sont d'autant de problèmes qui ne sont pas tenus en ligne de compte. La responsabilité est donc le plus souvent mise sur les parents qui ne savent pas s'occuper de leurs enfants, ce qui crée un état de culpabilité par rapport à sa pauvreté, aggravé par les préjugés négatifs véhiculés au sein de la communauté à ce sujet. Le désir auparavant naturel d'avoir beaucoup d'enfants doit maintenant être justifié par le fait de posséder suffisamment de moyens. Le pouvoir médical définit donc les standards au niveau de la fécondité, la justification par la santé permettant de « vendre » les contraceptifs aux populations visées, ce qui rejoint d'ailleurs les idées de Richey (2004) qui constate en Tanzanie comment les problèmes de développement sont résolus en terme de

planification familiale, la responsabilité étant mise sur les femmes et leur piètre état de santé servant de justification pour l'utilisation de la contraception.

Alors que la PF est présentée comme un moyen d'améliorer les conditions de vie, il est vrai que ce sont plutôt, pour beaucoup, les conditions de vie difficiles qui mènent à l'utilisation des services de PF. En effet, une ébauche d'analyse de la dynamique de l'économie familiale en milieu rural nous a permis de replacer les préoccupations quotidiennes des agriculteurs et les choix qu'ils font par rapport à la famille dans un contexte économique plus large. Les enfants sont d'une importance primordiale en milieu rural burkinabè, que ce soit d'un point de vue économique, social ou culturel : ils assurent la sécurité économique de la famille, soutiennent leurs parents dans une société où l'assurance vieillesse n'existe pas, ils sont une source de prestige, ils permettent de créer un réseau social plus large et ils rendent leur parents fiers de contribuer à la communauté. Mais ce fort désir d'enfants se heurte aux contraintes de la vie quotidienne et les agriculteurs sont conscients des difficultés économiques actuelles, notamment dues aux sécheresses, au manque de bonnes terres, à la mauvaise gestion du pays, à l'appauvrissement général des populations et, peut-être, à l'effritement graduel des réseaux sociaux et des traditions culturelles qui unissaient auparavant les membres d'un même village d'une manière plus solide. Le fait de lier un contexte économique particulier au vécu quotidien des répondants a donc permis de remettre en question la notion de choix en matière de planification familiale ainsi que tous les termes dérivés du vocabulaire féministe par rapport au « désir d'émancipation ou d'épanouissement personnel », de même que l'idée assez rependue selon laquelle une diminution de la natalité et une augmentation de l'utilisation des contraceptifs sont nécessairement liés à une amélioration des conditions de vie. Nous avons compris en effet comment une grande part du choix d'utiliser les contraceptifs est liée au désir d'assurer la sécurité de la famille dans un contexte où le coût de la vie est de plus en plus cher et la production agricole de moins en moins rentable, ce qui ne permet plus de soutenir des familles aussi nombreuses qu'auparavant. Mais certaines transformations dans les conceptions de la famille et des enfants se font aussi sentir et les plus jeunes mettent de l'avant les nouveaux besoins des enfants et les nouvelles « tâches » qu'implique maintenant le rôle d'être parent afin de pouvoir s'assurer de la « sécurité » de chaque enfant. Le fait de pouvoir bien « gérer » ses enfants afin que ceux-ci ne deviennent pas des enfants de la rue, par exemple, justifie le désir de certains d'avoir un peu moins d'enfants.

Les infirmiers étant des vecteurs d'information entre la ville et les milieux ruraux et les « représentants de la modernité », nous avons aussi vu comment certains jeunes réutilisent le discours biomédical et nous font part de valeurs nouvelles qui sont liées idéologiquement à la petite famille et à de meilleures perspectives d'avenir. Kanaaneh (2000) a d'ailleurs montré comment les contraceptifs sont utilisés comme critères d'identité permettant de se distinguer et comment des préjugés en viennent à être véhiculés sur la fécondité « incontrôlée » voir « bestiale » des autres « qui ne connaissent pas ». Dans une société où la forte natalité demeure souhaitée et le rôle de la femme comme porteuse d'enfants est culturellement valorisé, cette attitude des plus jeunes, essentiellement dans la société bwaba, peut paraître étrange, mais dans un monde où la vie imaginée à la ville est conçue comme un idéal, le fait pour ces jeunes femmes de montrer qu'elles ont étudié, qu'elles sont au courant des valeurs modernes et désirent elles aussi les adopter peut leur permettre non seulement de se distinguer des autres, de se positionner par rapport à leurs aînés (rattachés à la « tradition »), mais aussi de justifier leur pratique contraceptive. Bien que pour le moment on ne sente pas en milieu rural ici étudié de transformations majeures dans la conception et le rôle de la famille, et cela même chez les plus jeunes, il n'en demeure pas moins que des changements dans les rapports conjugaux et dans le rôle de la femme peuvent être mis en évidence, les femmes sachant très bien les avantages autres que médicaux qu'elles gagnent à convaincre leur mari d'utiliser la PF.

Le dernier chapitre nous a ainsi permis de considérer davantage la micro-politique des décisions en matière de PF en mettant en évidence les rapports conflictuels entre l'homme et la femme dans la négociation de la fécondité, mais aussi un mode de communication indirect assez fréquent qui a déjà été décrit par Stark (2000) où les deux conjoints s'entendent de manière tacite, sans que le mari n'ait besoin de se positionner officiellement, ce qui pourrait socialement nuire à sa réputation. La femme agit souvent en tant que vecteur d'information entre les infirmiers et son mari et bien que le mari demeure dans la plupart des sociétés burkinabè rurales l'autorité décisionnelle, nous avons pu constater de grandes différences dans les modes de communications entre les différents groupes ethniques et notamment chez les pratiquants musulmans. Les couples bwaba abordaient beaucoup plus facilement le sujet et discutaient conjointement alors que les répondantes musulmanes dafi, peule et mossi avaient plutôt tendance à ne pas aborder le sujet avec le mari, à entretenir un accord tacite avec lui ou à le faire à son insu par peur de

sa réaction. Mais dans tous les cas, malgré le désir différentiel d'enfants entre les hommes et les femmes, les couples ressentent aussi certains avantages à l'utilisation des contraceptifs. En effet, plusieurs répondants, hommes comme femmes, ont parlé des avantages par rapport à la disponibilité sexuelle de la femme, situation qui favoriserait l'entente dans le couple et les liens conjugaux. Du point de vue des femmes, cette situation permet à la fois d'être davantage disponible pour le mari et d'avoir plus de temps pour se faire belle, celui-ci ayant moins envie de sortir voir d'autres femmes, mais aussi, par le fait d'être moins accaparée par les enfants, d'avoir davantage de temps avec le mari pour discuter et donc un plus grand pouvoir de discussion et de décision dans l'espace conjugal. Le pouvoir de séduction et l'emprise qu'elles gagnent sur leur mari ont d'ailleurs été largement abordés. Pour les hommes, le fait de pouvoir abandonner les tabous d'abstinence traditionnels sans risque que la femme ne tombe enceinte amène aussi plusieurs avantages et Van de Walle (1993) a d'ailleurs montré comment l'utilisation des contraceptifs et la perte des tabous d'abstinence en Afrique sub-saharienne ont permis de renforcer le couple et la famille nucléaire, au détriment on pourrait dire de l'autorité de la communauté sur les couples. Les contraceptifs permettent d'espacer les naissances au sein du couple en remplaçant des temps qui étaient régulés socialement autrefois.

Toutefois, c'est cette même disponibilité sexuelle de la femme et la peur de perdre le contrôle sur sa fécondité (donc le nombre d'enfants qu'elle aura), sur sa sexualité ou sur la manière dont elle dispose de son temps, qui constitue un obstacle pour les hommes à l'utilisation des contraceptifs hormonaux. Le pouvoir masculin réside dans le contrôle et l'appropriation de la fécondité des femmes, que ce soit au niveau individuel — le mari ayant peur de perdre le contrôle sur sa propre femme et sa fécondité — ou socialement puisque ce sont les femmes qui reproduisent « physiquement » la société et l'utilisation des contraceptifs touche donc directement à la reproduction sociale et à l'existence même de cette société. Nous avons ainsi placé de nouveau la planification familiale au carrefour des deux facettes du biopouvoir foucauldien — le pouvoir sur le corps et le pouvoir sur l'espèce — en rappelant comment le contrôle du corps de la femme et de sa fécondité est toujours aussi un contrôle du « corps social ». Deux pouvoirs opposés s'exercent ainsi à travers le corps des femmes de notre étude : par le biais du personnel médical et des campagnes de PF, qui ont comme objectif de freiner la croissance démographique de la région, et par le biais des hommes, un contrôle de la communauté qui a besoin d'enfants pour sa survie

économique et physique et qui valorise la fécondité. C'est dans ce contexte complexe que nous avons tenté de comprendre comment les femmes utilisent les contraceptifs comme outils d'*empowerment* face au patriarcat et à des relations de pouvoir inégales et comment, en utilisant le discours biomédical et la « justification par la santé » — basée sur les concepts de mortalité maternelle et infantile — elles peuvent convaincre leur mari d'utiliser la PF, tout en étant consciente des avantages autres que médicaux que cela leur procure. Les méthodes contraceptives hormonales permettent en quelque sorte aux femmes de faire pression sur leur mari et de faire entendre leur point de vue (nous avons vu notamment comment le personnel médical est utilisé comme médiateur dans les conflits avec le mari), mais des limites importantes existent à cet espace de négociation, les hommes utilisant aussi des stratégies pour choisir des méthodes qui ne durent pas trop longtemps ou qui soient réversibles ou forçant leur femme à arrêter la prise de l'injection ou à se faire enlever un implant. Cette négociation entre les conjoints nous a finalement mené à comprendre pourquoi certaines femmes décident d'agir à l'insu de leur mari malgré les préjugés négatifs par rapport à ce comportement, autant du point de vue des pairs ou de la religion. Bien que ce comportement soit risqué et mette en jeu le couple et la confiance de l'homme en sa femme, les femmes qui agissent de la sorte sont proactives et font preuve de débrouillardise pour faire valoir leurs intérêts et ceux de leur famille malgré les contraintes sociales, ce comportement clandestin étant aussi parfois un moyen d'amener le mari à se positionner par rapport à la PF dans un contexte où la communication par rapport à la sexualité est taboue dans le couple.

On pourrait se demander pour conclure quel est le rôle de l'anthropologie dans les politiques de santé. Entre les études classiques qui tendent vers un relativisme culturel, les études critiques qui se font porte-parole des mouvements de résistance et les études participatives qui tentent d'améliorer les programmes de santé publique en s'impliquant directement dans le domaine de la santé, l'anthropologie demeure perplexe quant à son rôle. Comme le constate Fassin (dans Dozon et Fassin, 2001), l'anthropologie de la santé est doublement politique, d'abord parce qu'elle s'interroge sur les conditions effectives d'un *droit* universel à la santé et se positionne en ce sens contre le relativisme moral, et ensuite parce qu'elle prend ses distances face au processus qui tend à l'assignation d'un *devoir* de santé. Tout en soutenant l'idée d'un droit universel à la santé et en ne contestant

pas les politiques de prévention, elle observe néanmoins quels modes de subjectivation sont créés à travers ces politiques et quelles inégalités en émergent en même temps. En ce sens, les programmes de planification familiale ont leur place en milieu rural burkinabè au sens où ils offrent une opportunité pour beaucoup de femmes de faire valoir leurs droits et constituent pour les couples un moyen supplémentaire de planifier et de concevoir leur famille en lien avec de nouveaux standards de vie, qu'il ne s'agit pas non plus de nier à ces populations, mais il importe de ne pas se laisser prendre dans les inversions de paradigme : la PF en soi ne va pas améliorer les conditions de vie et si pour le moment les difficultés de la vie paysanne poussent à se tourner vers son utilisation, les problèmes économiques et sociaux, mais surtout structureaux, ne doivent pas être oubliés. Bien que l'offre de services de planification familiale demeure essentielle, il reste que des problèmes plus profonds doivent être adressés afin que les conditions pour un réel choix par rapport à la fécondité et à la famille soient offertes.

BIBLIOGRAPHIE

- Addai, Isaac
1999 Does religion matter in contraceptive use among Ghanaian women? *Review of Religious Research* 40(3):259-277.
- Agamben, Giorgio
1995 *Homo sacer*. Torino: G. Einaudi.
- 2002 *Moyens sans fins. Notes sur la politique*. Paris: Bibliothèque Rivages.
- Amselle, Jean-Loup, and Elikia M'Bokolo
1985 *Au cœur de l'ethnie : ethnies, tribalisme et état en Afrique*. Paris: Découverte.
- Andro, Armelle, and Veronique Hertrich
2001 Contraceptive demand in the Sahel: convergence of views between men and their wives. *Population* 56(5):721-772.
- Appadurai, Arjun
1986 *The Social life of things : commodities in cultural perspective*. Cambridge [Cambridgeshire] ; New York: Cambridge University Press.
- 1996 *Modernity at large : cultural dimensions of globalization*. Minneapolis, Minn. : University of Minnesota Press.
- Asdar Ali, Kamran
2002 Faulty deployments: Persuading women and constructing choice in Egypt. *Comparative studies in society and history* 44(2):370-394.
- 2002 *Planning the Family in Egypt: New Bodies, New Selves*. Austin: University of Texas Press.
- Ashforth, Adam
2005 *Witchcraft, violence, and democracy in South Africa*. Chicago: University of Chicago Press.
- Augé, Marc
1986 *L'anthropologie de la maladie*. *L'Homme*, 26(1-2):81-90.
- Balandier, Georges
1982 *Sociologie actuelle de l'Afrique noire : dynamique sociale en Afrique centrale*. Paris: Puf.
- Bashin, Michelle, and Linda Morales
1989 *Beaucoup d'enfants signifie beaucoup de soucis: programme IEC sur la planification familiale; interviews de groupe dirigées avec des villageois du Burkina Faso*. Pp. 19. Ouagadougou: MSAS.
- Billings, Evelyn L., and John J. Billings
1975 *Méthode naturelle de régulation des naissances. Le temps de l'infécondité établi par l'observation de la glaire cervicale*. Montréal: Éditions Paulines et A.D.E.
- Bledsoe, Caroline H., and Fatoumatta Banja
2002 *Contingent lives : fertility, time, and aging in West Africa*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bourdieu, Pierre
1980 *Le sens pratique*. Paris: Éditions de Minuit.
- Bradley, Candice

- 1995 Women's Empowerment and Fertility Decline in Western Kenya. *In* *Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*. S. Greenhalgh, ed: Cambridge University Press.
- Bretin, Hélène, and Institut nationale de la santé et de la recherche médicale (France)
1992 *Contraception, quel choix pour quelle vie? : récits de femmes, paroles de médecins*. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale : Documentation française [distributor].
- Browner, Carole, and Carolyn Sargent
2006 Donner un genre à l'anthropologie médicale. *In* *Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux*. F. Saillant and S. Genest, eds. Pp. 467 p. Montréal ; Paris: Presses de l'Université Laval ; Economica : Anthropos.
- Burns, Catherine
2004 "Controlling Birth" Johannesburg, 1920 to 1960. *South African Historical Journal* 50.
- Canguilhem, Georges
1966 *Le Normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Capo-Chichi, Virgile, and Julien Tougouri
2007 *Segmentation du marché des contraceptifs au Burkina Faso*. Promaco and UNFPA, eds. Ouagadougou: Direction de la Santé de la Famille (DSF):
- Capron, Jean
1962 Univers religieux et cohésion interne dans les communautés villageoises Bwa Traditionnelles. *Africa* 32(2):132-171.
- 1973 *Communautés villageoises bwa: Mali, Haute Volta*. Paris.: Institut d'ethnologie.
- Carter, Anthony T.
1995 Agency and Fertility: For an Ethnography of Practice. *In* *Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*. S. Greenhalgh, ed: Cambridge University Press.
- Castle, Sarah
2003 Factors Influencing Young Malians' Reluctance to Use Hormonal Contraceptives. *Studies in Family Planning* 34(3):186-199.
- Castro, Arachu
2004 Anthropology and Health Policy: A Critical Perspective. *In* *Unhealthy health policy : a critical anthropological examination*. A. Castro and M. Singer, eds. Pp. 133-144. Walnut Creek, Calif.: AltaMira Press.
- Comaroff, Jean, and John L. Comaroff
1991 *Of revelation and revolution*. Chicago: University of Chicago Press.
- CONAPO
2000 *Transition des méthodes traditionnelles aux méthodes modernes de contraception au Burkina Faso*. SP/CONAPO, ed. Ouagadougou.
- Congo, Zachari
2007 *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle*. Paris: Centre Population et Développement.
- Connelly, Matthew J.
2008 *Fatal misconception : the struggle to control world population*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press.
- Conombo, Joseph Issoufou.

- 1989 M'Ba Tinga : traditions des Mossé dans l'Empire de Moogho Naba. Paris : L'harmattan.
- Coquet, M.
1994 L'envers du regard. *Journal des africanistes* 62(2):39-63.
- Cordell, Dennis D., Joel W. Gregory, and Victor Piché
1996 *Hoe and wage : a social history of a circular migration system in West Africa*. Boulder, Colo.: Westview Press.
- Crane, Barbara B., and Jason L. Finkle
1981 *Organizational Impediments to Development Assistance: The World Bank's Population Program*. *World Politics* 33:516-553.
- 1989 *The United States, China, and the United Nations Population Fund: Dynamics of US Policymaking*. *Population and Development Review* 15:23-59.
- Das, Veena, and Ranendra K. Das
2006 *Pharmaceuticals in Urban Ecologies: The Register of the Local*. In *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. A. Petryna, A. Lakoff, and A. Kleinman, eds. Pp. 171-205. Durham: Duke University Press.
- Davids, Jennifer Phillips
2000 'Weak Blood' and 'Crowded Bellies': Cultural Influences on Contraceptive Use Among Ethiopian Jewish Immigrants in Israel. In *Contraception across cultures : technologies, choices, constraints*. A. Russell, E.J. Sobo, and M.S. Thompson, eds. Pp. 129-160. Oxford ; New York: Berg.
- De Bessa, Gina Hunter
2006 *Medicalization, Reproductive Agency, and the Desire for Surgical Sterilization among Low-Income Women in Urban Brazil*. *Medical Anthropology* 25(3):221-263.
- De Koninck
1997 *Le discours des femmes sur leur santé, un savoir essentiel pour l'intervention*. *Recherches féministes* 10(1):97-112.
- Demeny, Paul George, and Geoffrey McNicoll
2006 *The political economy of global population change, 1950-2050*. New York: Population Council.
- Denis, Philippe, and Caroline Sappia
2004 *Femmes d'Afrique dans une société en mutation*. Louvain-la-Neuve: Bruylant-Academia.
- DeRose, Laurie F., et al.
2004 *Does Discussion of Family Planning Improve Knowledge of Partner's Attitude toward Contraceptives?* *International Family Planning Perspectives* 30(2):87-93.
- Diarra, Joseph Tanden
2006 *Introduction à l'histoire du peuplement du pays Bo du Nord-ouest (Mali). Problématique de l'historicité de l'identité ethnique Bo*, Université de Paris I.
- Dodoo, F. Nu-Amoo, and Maria Tempenis
2002 *Gender, Power, and Reproduction: Rural-Urban Differences in the Relationship Between Fertility Goals and Contraceptive Use in Kenya*. *Rural Sociology* 67(1):46-70.
- Dozon, Jean-Pierre, and Didier Fassin

- 2001 Critique de la santé publique : une approche anthropologique. Paris: Balland.
- Drabo, I.
2000 Migration agricole et insécurité foncière en pays bwa du Burkina Faso. Espace populations sociétés (1):43-55.
- DSF
1996 Deuxième analyse Situationnelle du Programme de Planification Familiale au Burkina Faso. Ouagadougou: Direction de la santé de la Famille; The Population Council.
- Dunn, Monika
2006 Les enjeux de la suppression des menstruations par des méthodes hormonales: Fédération du Québec pour le planning des naissances.
- ECD
2006 Plan d'action 2007: District sanitaire de Nouna. Nouna: Ministère de la Santé.
- Echenberg, Myron J.
1969 Jihad and State-Building in Late Nineteenth Century Upper Volta: The Rise and Fall of the Marka State of Al- Kari of Boussé. Canadian Journal of African Studies 3(3):531-561.
- Ehrenreich, Barbara, and Deirdre English
1978 For her own good : 150 years of the experts' advice to women. Garden City, New York: Anchor Press.
- Evans-Pritchard, E. E.
1937 Witchcraft, oracles, and magic among the Azande. Oxford: Clarendon Press.
- Fainzang, Sylvie
2002 L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. Sciences Sociales et Santé 19(2):5-27.
- Farmer, Paul
2003 Pathologies of Power : Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, Didier
1996 L'espace politique de la santé : Essai de généalogie. Paris : Presses Universitaires de France.
- 2000 Entre politique du vivant et politique de la vie. Pour une anthropologie de la santé. Anthropologie et Sociétés 24(1):95-116.
- 2000a Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. Hommes et Migration:5-12.
- 2001 Culturalism as Ideology. In Cultural perspectives on reproductive health. C.M. Obermeyer, ed. Pp. x, 333 p. Oxford: Oxford University Press.
- Featherstone, Mike
1996 Localism, Globalism, and Cultural Identity. In Global/Local. Cultural Production and the Transnational Imaginary. R. Wilson, & Wimal Dissanayake, ed. Pp. 46-77. Durham: Duke University Press.

- Finkle, Jason L., and Barbara B. Crane
 1975 The Politics of Bucharest: Population, Development, and the New International Economic Order. *Population and Development Review* 1(1):87-114.
- 1976 The World Health Organisation and the Population Issue: Organizational Values in the United Nations. *Population and Development Review* 2:367-393.
- 1985 Ideology and Politics at Mexico City : The United States at the 1984 International Conference on Population. *Population and Development Review* 11:1-28.
- Flynn, Anna M., and Melissa Brooks
 1989 Nature et fécondité. Nouvelles méthodes de régulation des naissances. Bruxelles: Éditions Gamma.
- FNUAP
 2005 Projet de descriptif de programme de pays pour le Burkina Faso. *In* Session annuelle de 2005. New York: Conseil d'administration du Programme des Nations Unies pour le développement et du Fonds des Nations Unies pour la Population.
- Foucault, Michel
 1972 Naissance de la clinique; une archéologie du regard médical. Paris,: Presses Universitaires de France.
- 1976 Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir. Paris: Gallimard.
- 1989 Résumé des cours, 1970-1982. [Paris]: Julliard.
- 1997 Il faut défendre la société : cours au Collège de France, 1975-1976. Paris: Gallimard/Seuil.
- Foucault, Michel, et al.
 1991 The Foucault Effect : Studies in Governmentality : with two lectures by and an interview with Michel Foucault. Chicago: University of Chicago Press.
- Friedman, Jonathan
 2004 Culture et politique de la culture. Une dynamique durkheimienne. *Anthropologie et sociétés* 28(1):23-41.
- Gautier, Arlette
 2001 La libéralisation de la contraception et le contrôle masculin en Afrique subsaharienne. *Recherches féministes* 14(2):115-131.
- Giddens, Anthony
 1979 Central problems in social theory : action, structure, and contradiction in social analysis. Berkeley: University of California Press.
- Ginsburg, Faye D., and Rayna Rapp
 1995 Introduction: Conceiving the New World Order. *In* Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction. F.D. Ginsburg and R. Rapp, eds. Berkeley: University of California Press.
- Good, Mary-Jo Delvecchio, and Byron J. Good
 2003 Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor-Patient Relationships. *In* Handbook of social studies in health and medicine. G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, and S. Scrimshaw, eds. Pp. xxvii, 545 p. London ; Thousand Oaks,

- Calif.: Sage Publications.
- Gordon, Deborah
 1988 Tenacious Assumptions in Western Medicine. *In* *Biomedicine Examined. Culture, Illness and Healing*. M. Lock and D. Gordon, eds. Pp. 19-56. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Greenhalgh, Susan
 2005 Globalization and Population Governance in China. *In* *Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship*. A. Ong and S.J. Collier, eds. Pp. 354-372. Malden: Blackwell Publishing.
- 1995 *Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquiry*: Cambridge University Press.
- 1996 The Social Construction of Population Science: An Intellectual, Institutional, and Political History of Twentieth-Century Demography. *Comparative Studies in Society and History* 38(1):26-66.
- Hacking, Ian
 1990 *The taming of chance*. Cambridge [England] ; New York: Cambridge University Press.
- Hannerz
 1997 Flows, Boundaries and Hybrids: Keywords in Transnational Anthropology. *Mana* 3(1):7-39.
- Hartmann, Betsy
 1995 *Reproductive rights and wrongs : the global politics of population control*. Boston, Mass.: South End Press.
- Harvey, David
 1989 *The condition of postmodernity : an enquiry into the origins of cultural change*. Oxford [England] ; Cambridge, Mass., USA: Blackwell.
- Harvey, David
 2003 *The new imperialism*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Hollos, Marida, and Ulla Larsen
 1997 From Lineage to Conjuality: The Social Context of Fertility Decisions among the Pare of Northern Tanzania. *Social Science and Medicine* 45(3):361-372.
- Holmes, Helen B., Betty B. Hoskins, and Michael Gross
 1980 *Birth control and controlling birth : women-centered perspectives*. Clifton, N.J.: Humana Press.
- Horn, David G.
 1994 *Social bodies : science, reproduction, and Italian modernity*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Hull, Terence, and Valerie Hull
 2001 Means, Motives, and Menses: Use of Herbal Emmenagogues in Indonesia. *In* *Regulating menstruation : beliefs, practices, interpretations*. E. Van de Walle and E.P. Renne, eds. Pp. xli, 292 p. Chicago: University of Chicago Press.
- Hunt, Nancy Rose
 1989 "Le bébé en brousse": European women, African birth spacing and colonial intervention in breast feeding in the Belgian Congo. *The International Journal of African Historical Studies* 21(3):401-432.
- Iman, Ayesha M., Amina Mama, and Fatou Sow

- 2004 Sexe, genre et société. Engendrer les sciences sociales africaines. Paris: Karthala.
- IPPF
Planned Parenthood Federation of America Records, Sophia Smith Collection, Smith College, Northampton, Mass.
- Jacobus, Mary, Evelyn Fox Keller, and Sally Shuttleworth
1990 *Body/politics : women and the discourses of science*. New York: Routledge.
- Jeffery, Patricia, and Roger Jeffery
2002 "We five, our twenty-five". *Myths of Population Out of Control in Contemporary India. In New horizons in medical anthropology : essays in honour of Charles Leslie*. C.M. Leslie, M. Nichter, and M.M. Lock, eds. Pp. xii, 312 p. London ; New York: Routledge.
- Kanaaneh, Rhoda
2000 *New Reproductive Rights and Wrongs in the Galilee. In Contraception across cultures : technologies, choices, constraints*. A. Russell, E.J. Sobo, and M.S. Thompson, eds. Pp. 161-178. Oxford ; New York: Berg.
- Kertzer, David I.
1997 *The Proper Role of Culture in Demographic Explanation. In The continuing demographic transition*. G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell, and D.S.R. M., eds. Pp. xi, 453 p. Oxford: Oxford University Press.
- Kevane, M., and L. C. Gray
1999 *A Woman's Field Is Made at Night: Gendered Land Rights And Norms In Burkina Faso. Feminist Economics* 5(3):1-26.
- Ki-Zerbo, Joseph
1978 *Histoire de l'Afrique noire : d'hier à demain*. [Paris]: A. Hatier.
- Kleinman, Arthur, Veena Das, and Margaret M. Lock
1997 *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kobiane, Jean-François
2000 *Évolution de la fécondité et planification familiale au Burkina Faso. In Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. P. Vimard and B. Zanou, eds. Pp. 189-213. Paris: L'Harmattan.
- Kohler, Hans-Peter
2001 *Fertility and social interaction : an economic perspective*. New York: Oxford University Press.
- Koulibaly, Fabégna
1970 *Histoire des Marka de haute-Volta. Notes et Documents Voltaïques* 4(1):43-52.
- Lakoff, Andrew
2006 *High Contact: Gifts and Surveillance in Argentina. In Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*. A. Petryna, A. Lakoff, and A. Kleinman, eds. Pp. 111-135. Durham: Duke University Press.
- Le Jeune, G., V. Piche, and J. Poirier
2004 *Towards a Reconsideration of Female Migration Patterns in Burkina Faso. Canadian Studies in Population* 31(2):145-177.
- Lefebvre, Christian, G. Sorgho, and S. Kanon
1993 *Rapport préliminaire. Connaissances, Attitudes, Pratiques et Croyances en matière de planification familiale dans la province du Sanmatenga, Kaya, Burkina Faso*. Pp. 93. Kaya: Plan International Kaya; DRSASF.

- Lesclingand, Marie
2004 Nouvelles stratégies migratoires des jeunes femmes rurales au Mali: de la valorisation individuelle à une reconnaissance sociale. *Sociétés contemporaines* 55(21-42).
- Leslie, Charles M., Mark Nichter, and Margaret M. Lock
2002 *New horizons in medical anthropology : essays in honour of Charles Leslie.* London ; New York: Routledge.
- Lévi-Strauss, Claude
1958 *Anthropologie structurale.*
- Lippman, Abby
1999 Choice as a risk to women's health. *Health, Risk and Society* 1(3):281-291.
- 2004 Cycles féminins à vendre. La néo-médicalisation et la santé reproductive des femmes. *Revue Le Réseau* 6/7(4/1).
- Lock, Margaret
2002 *Medical Knowledge and Body Politics. In Exotic no more: Anthropology on the Front Lines.* J. MacClancy, ed. Pp. 190-208: Chicago University Press.
- 1993 *Encounters with aging : mythologies of menopause in Japan and North America.* Berkeley: University of California Press.
- Lock, Margaret M., and Patricia A. Kaufert
1998 *Pragmatic women and body politics.* New York: Cambridge University Press.
- Locoh, Thérèse, and Yara Makdessi
1996 *Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique Sub-saharienne.* Paris: Centre Population et Développement.
- Lopez, Iris
1998 An ethnography of the medicalization of Puerto Rican women's reproduction. *In Pragmatic women and body politics.* M.M. Lock and P.A. Kaufert, eds. Pp. xii, 364 p. New York: Cambridge University Press.
- Lupton, Deborah
1994 *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies.* London: Sage Publications.
- Martin, Emily
2001 *The woman in the body : a cultural analysis of reproduction : with a new introduction.* Boston: Beacon Press.
- Maternowska, Catherine
2000 A Clinic in Conflict: A Political Economy Case Study of Family Planning in Haiti. *In Contraception across cultures : technologies, choices, constraints.* M.S. Thompson, A. Russell, and E.J. Sobo, eds. Pp. xiii, 252 p. Oxford ; New York: Berg.
- McGinn, Therese, Azara Bamba, and Moise Balma
1989 Male Knowledge, Use and Attitudes Regarding Family Plannins in Burkina Faso. *International Family Planning Perspectives* 15(3):84-87.
- Meillassoux, Claude
1991 La leçon de Malthus: Le contrôle démographique par la faim. *In Les spectres de Malthus: déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques.* Gendreau, Meillassoux, Schlemmer, and Verlet, eds. Paris: Etudes et

documentation internationales.

Morsy, Soheir A.

1995 Deadly Reproduction among Egyptian Women: Maternal Mortality and the Medicalization of Population Control. *In* *Conceiving The New World Order. The Global Politics of Reproduction*. F.D. Ginsburg, ed. Berkeley: University of California Press.

Muller Rockstroh, Babette

2006 Of Fetuses, Facts, and Frictions: Contextual evidence and ethics of medical research in Tanzania. *In* *Ethnography of Medical Research in Africa*. Geissler, Wenzel, and S. Molyneux, eds. London.

Necochea, Raúl

2008 Diecinueve Parroquias: Planificación Familiar Católica en el Perú, 1967-1976. *In* *Rastros de la Salud en los Andes*. M. Cueto and J. Lossio, eds. Lima.

Nguyen, Vihn-Kim

2005 Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship. *In* *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. A. Ong and S.J. Collier, eds. Pp. 124-144. Malden: Blackwell Publishing.

Nichter, Mark

1989 *Anthropology and international health : south Asian case studies*. Dordrecht ; Boston: Kluwer Academic Publishers.

Nikièma, Béatrice, Slim Haddad, and Louise Potvin

2008 Women bargaining to seek Healthcare: norms, domestic practices, and implications in rural Burkina Faso. *World Development* 36(4): 608-624.

Nougara, Adrien et al.

2007 Health Sector Reform under Macroeconomic Adjustment in Burkina Faso: Lost Opportunities? *In* *Safeguarding the Health Sector in Times of Macroeconomic Instability. Policy Lessons for Low- and Middle-Income Countries*. S. Haddad, E. Bariş, and D. Narayana, eds. Trenton : Africa World Press/IDRC.

Ogbuagu, Stella

1983 Depo-Provera: A Choice or an Imposition on the African Women. A Case-Study of Depo-Provera usage in Maiduguri. *In* *Women and the Family in Nigeria*. A. Imam, R. Pittin, and H. Omole, eds. Pp. 81-92. Dakar: Codesria.

Oheneba-Sakyi, Y.

1999 *Female Autonomy, Family Decision Making, and Demographic Behavior in Africa*. Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press.

Ouédraogo, Dr Laurent T., and Dr Gualbert Tolome

1996 Étude sur les statistiques de planification familiale, l'approvisionnement et la vente des produits contraceptifs. GTZ and DED, eds: Direction Générale de la Santé Publique.

PAUL VI, Pape

1979 *L'encyclique du Pape Paul VI sur la régulation des naissances*. Montréal: Éditions Paulines.

Pearce, Tola Olu

1995 Women's Reproductive Practices and Biomedicine: Cultural Conflicts and Transformations in Nigeria. *In* *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. F.D. Ginsburg and R. Rapp, eds. Berkeley: University of

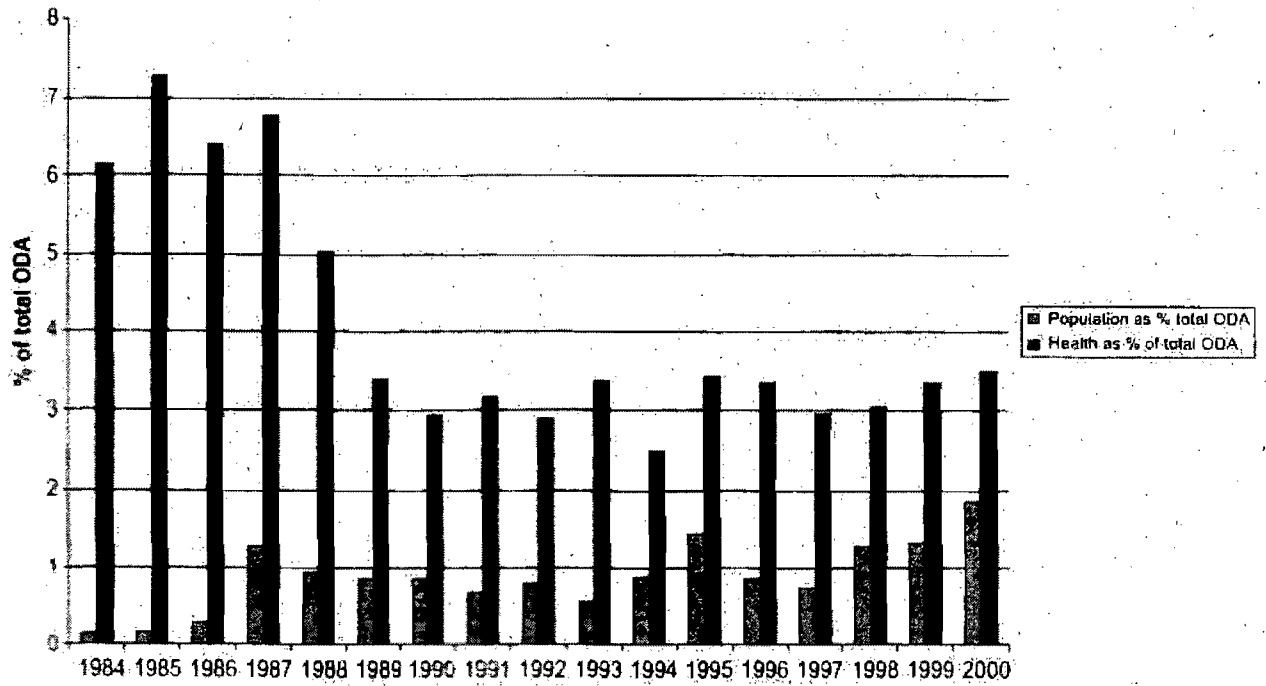
- California Press.
- Petryna, Adriana
2006 Globalizing Human Subjects Research. *In* Global pharmaceuticals : ethics, markets, practices. A. Petryna, A. Lakoff, and A. Kleinman, eds. Pp. 33-60. Durham: Duke University Press.
- Petryna, Adriana, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman
2006 Global pharmaceuticals : ethics, markets, practices. Durham: Duke University Press.
- Pictet, Gabriel, et al.
1999 La planification familiale a-t-elle un sens en milieu rural?: l'exemple du laboratoire de santé communautaire du Bazèga, Burkina Faso. Ouagadougou: UERD.
- Pittin, Renée
1983 The Control of Reproduction: Principle and Practice in Nigeria. *In* Women and the Family in Nigeria. A. Imam, R. Pittin, and H. Omole, eds. Pp. 93-118. Dakar: Codesria.
- Rabinow, Paul
1996 Essays on the anthropology of reason. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Richey, Lisa Ann
2004 From the Policies to the Clinics: The Reproductive Health paradox in Post-Adjustment Health Care. *World Development* 32(6):923-940.
- 2004 Construction, control and family planning in Tanzania: some bodies the same and some bodies different. *Feminist Review* 78:45-78.
- Rivers, W. H. R.
1924 Medicine, magic, and religion. Fitz-Patrick lectures 1915 1916. London : K. Paul, Trench, Trubner & co.
- Rose, Nicolas, and Carlos Novas
2005 Biological citizenship. *In* Global Assemblages: Technologies, Politics, and Ethics as Anthropological Problems. A. Ong and S.J. Collier, eds. Pp. 439-463. Malden: Blackwell Publishing.
- Roth, Claudia.
2007 « Tu ne peux pas rejeter ton enfant ! » Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè. *Cahiers d'études africaines* 185 : 93-116.
- Sahlins, Marshall David
1976 Culture and practical reason. Chicago: University of Chicago Press.
- Saillant, Francine, and Serge Genest
2006 Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux. Montréal: Presses de l'Université Laval.
- Sala-Diakanda, Daniel M.
2000 La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité. *In* Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique. P. Vimard and B. Zanou, eds. Paris: L'Harmattan.
- Saylors, Karen
2000 Oublier le corps: les dynamiques du corps féminin et de la pilule anovulante. Une étude ethnographique avec des femmes montréalaises, Université de Montréal.

- Schneider, Peter, and Jane Schneider
 1995 High fertility and poverty in Sicily: Beyond the culture vs. rationality debate. *In* *Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquiry*. S. Greenhalgh, ed: Cambridge University Press.
- Singer, Merrill, and Hans Baer
 1995 *Critical medical anthropology*. Amityville, N.Y.: Baywood Pub. Co.
- Skinner, Elliott Percival, and Elliott Percival Skinner
 1989 *The Mossi of Burkina Faso : chiefs, politicians, and soldiers*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Sow, Fatou
 2007 *Vivre sa santé. Pratiques, représentations, enjeux pour les femmes d'Afrique subsaharienne. Colloque interdisciplinaire: Santé des femmes et qualité de vie, Université Laval, Québec, 2007.*
- Stark, Nancy
 2000 *My Body, My Problem: Contraceptive Decision-Making among Rural Bangladeshi Women. In Contraception across cultures : technologies, choices, constraints*. A. Russell, E.J. Sobo, and M.S. Thompson, eds. Pp. 179-198. Oxford ; New York: Berg.
- Szreter, Simon, et al.
 2004 *Categories and contexts : anthropological and historical studies in critical demography*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Tabutin, Dominique, and Bruno Schoumaker
 2004 *La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique. Population 59(3-4):519-621.*
- Thompson, Mary S., Andrew Russell, and Elisa Janine Sobo
 2000 *Contraception across cultures : technologies, choices, constraints*. Oxford ; New York: Berg.
- Tone, Andrea
 1997 *Controlling reproduction : an American history*. Wilmington, Del.: SR Books.
- Trussell, James , Etienne van de Walle, and Francine van de Walle
 1989 *Norms and Behaviour in Burkinabe Fertility. Population Studies 43(3):429-454.*
- Uchudi, Joseph Masudi
 2001 *Spouses' Socioeconomic Characteristics and Fertility Differences in Sub-Saharan Africa: Does Spouse's Education Matter? Journal of Biosocial Science 33(4):481-502.*
- Van der Geest, Sjaak, Susan Reynolds Whyte, and Anita Hardon
 1996 *The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach. Annual Review of Anthropology 25:153-178.*
- Walle, Etienne van de, and Francine van de Walle
 1993 *Post-partum Sexual Abstinence in Tropical Africa. In Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*. R. Grey, H. Leridon, and A. Spira, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Whyte, Susan Reynolds
 1997 *Questioning misfortune : the pragmatics of uncertainty in Eastern Uganda*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- Williams, D.D.R., and Jane Garner

2002 The Case against the 'the Evidence': A Different Perspective on Evidence-Based Medicine. *British Journal of Psychiatry* 180:8-12.

ANNEXES

Figure 1 : Changements dans l'Aide publique au développement pour la santé et la population



Source : Comité d'aide au développement de l'OCDE, 2003, dans Richey (2004)

Tableau VIII : Liste des répondants et données sociodémographiques

Nom Fictif	PF	À l'insu	Méthode utilisée	Sexe	Âge	Ethnie	Religion	Scolarité	Type d'union	Village
Fatima	oui		injection	F	20	haoussa	musulman	2	monogame	Ira
Clarice	oui		injection	F	23	bwaba	catholique	3	monogame	Dara
Béatrice	oui		injection	F	24	bwaba	catholique	4	monogame	Dara
Safiatou	oui		injection	F	25	peul	musulman	6	monogame	Barani
Brigitte	oui	oui	injection	F	26	bwaba	catholique	0	monogame	Bourasso
Messita	oui		injection	F	26	mossi	musulman	0	monogame	Koro
Alice	oui		injection - implant	F	26	bwaba	catholique	9	polygame	Bagala
Bernadette	non			F	28	bwaba	catholique	5	monogame	Bourasso
Justine	oui		implant	F	29	bwaba	protestant	6	monogame	Bagala
Biba	oui		injection	F	29	marka	musulman	coranique	polygame	Ira
Odille	oui		injection - pilule	F	29	bwaba	catholique	8	monogame	Bagala
Adèle	oui		injection - pilule	F	29	bwaba	catholique	0	monogame	Lekuy
Mariam	oui	oui	pilule - injection - implant	F	29	mossi	musulman	0	polygame	Dara
Oumou	oui		implant	F	30	mossi	musulman	0	monogame	Ira
Zeha	oui		injection - pilule	F	30	marka	musulman	2	monogame	Koro
Alima	oui		implant	F	33	marka	musulman	6	polygame	Ira
Korotimi	oui		pilule - injection - implant	F	33	peul	musulman	coranique	polygame	Barani
Djeneba	non			F	33	samo	musulman	0	polygame	Barani
Yolande	oui		pilule - injection	F	34	bwaba	catholique	5	polygame	Bourasso
Cady	oui	oui	implant	F	35	mossi	musulman	0	polygame	Ira
Sophie	non			F	36	bwaba	catholique	5	monogame	Lekuy
Fatou	non			F	36	marka	musulman	0	polygame	Dara
Rose	oui		injection	F	37	bwaba	catholique	0	polygame	Bagala
Philomène	oui	oui	injection - implant - pilule	F	37	bwaba	protestant	5	monogame	Bagala
Kadi	oui	oui	injection	F	39	bambara	musulman	6	monogame	Barani
Safora	oui	oui	injection - pilule	F	39	samo	musulman	0	polygame	Koro
Salimata	oui		pilule - injection	F	40	peul	musulman	coranique	monogame	Barani

Nom Fictif	PF	À l'insu	Méthode utilisée	Sexe	Âge	Ethnie	Religion	Scolarité	Type d'union	Village
Isabelle	oui		implant - injection	F	42	bwaba	protestant	6	monogame	Bourasso
Salma	non			F	42	marka	musulman	0	monogame	Dara
Mèma	non			F	42	marka	musulman	0	monogame	Koro
Minata	oui	oui	implant - DIU - pilule	F	43	mossi	musulman	5	polygame	Dara
Aminata	non			F	44	gourmantché	musulman	6	polygame	Barani
Sylvie	oui		implant	F	45	bwaba	catholique	0	monogame	Bourasso
Germaine	oui		injection - implant	F	45	bwaba	animiste	5	monogame	Bourasso
Oumarou	non			F	45	marka	musulman	coranique	polygame	Koro
Blandine	oui		implant	F	47	bwaba	animiste	0	polygame	Bagala
Rosalie	oui		implant	F	52	bwaba	catholique	0	monogame	Lekuy
Yacoba	oui		injection	M	27	peul	musulman	10	monogame	Barani
Pierre	oui		injection	M	27	bwaba	catholique	0	monogame	Bourasso
Victor	oui		injection	M	27	bwaba	catholique	6	monogame	Dara
Alphonse	non			M	28	bwaba	catholique	0	monogame	Bagala
Gaston	non			M	28	bwaba	catholique	professionn	monogame	Lekuy
Ousseni	non			M	28	marka	musulman	coranique	monogame	Koro
François	oui		implant	M	32	bwaba	protestant	0	monogame	Bagala
Germain	oui		injection - préservatif	M	33	bwaba	catholique	0	monogame	Bagala
Justin	non			M	33	bwaba	catholique	6	monogame	Bourasso
Kader	non			M	33	marka	musulman	0	polygame	Koro
Roland	oui		injection	M	34	bwaba	protestant	6	monogame	Bourasso
Philippe	non			M	37	bwaba	catholique	6	monogame	Lekuy
Salif	oui		pilule - préservatif	M	39	peul	musulman	6	monogame	Barani
Paul	non			M	41	bwaba	catholique	0	monogame	Bagala
Samuel	oui		injection	M	43	bwaba	catholique	6	monogame	Dara
Kalifa	oui		implant	M	45	mossi	musulman	coranique	monogame	Ira
Anatole	non			M	45	bwaba	catholique	professionn	monogame	Lekuy

Nom Fictif	PF	À l'insu	Méthode utilisée	Sexe	Âge	Ethnie	Religion	Scolarité	Type d'union	Village
Olivier	oui		implant	M	47	bwaba	catholique	5	monogame	Lekuy
Christian	non			M	49	bwaba	protestant	6	monogame	Bagala
Siembou	oui		injection	M	50	marka	musulman	6	polygame	Koro
Dramane	non			M	50	marka	musulman	0	monogame	Dara
Honoré	oui		implant	M	53	bwaba	catholique	6	monogame	Lekuy
Amadou	non			M	53	bambara	musulman	coranique	polygame	Barani
Adama	oui		injection - pilule	M	55	marka	musulman	coranique	polygame	Koro
Ousmane	non			M	55	marka	wahabite	coranique	polygame	Ira
Moumouni	non			M	57	bambara	musulman	coranique	polygame	Barani
Siaka	non			M	73	marka	musulman	coranique	polygame	Ira

Annexe 1: Renseignements aux participants

1. Objectifs de la recherche

« Ce projet de recherche vise à mieux comprendre les effets des contraceptifs hormonaux sur les femmes qui les prennent, sur leurs conceptions du corps et de la fertilité et sur leurs perspectives en matière de planification familiale. Nous aimerions connaître tant les opinions des femmes que celles des hommes à ce sujet. »

2. Participation à la recherche

(Femmes / groupe 1)

« Votre participation à cette recherche consiste à m'accorder une entrevue d'environ quarante minutes où vous pourrez discuter de votre expérience concernant la PF. Je vous poserai certaines questions à propos de cette expérience, de vos opinions sur le sujet et du rôle de l'homme et de la femme dans les décisions. Vous pourrez choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre des questions ou nous indiquer que l'une ou l'autre de vos réponses doit demeurer confidentielle. »

(Hommes / groupe 2 et hommes et femmes / groupe 3)

« Votre participation à cette recherche consiste à m'accorder une entrevue d'environ une heure où je vous poserai certaines questions à propos de la planification familiale, des méthodes hormonales et sur le rôle de l'homme et de la femme à ce sujet. Vous pourrez choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre des questions ou nous indiquer que l'une ou l'autre de vos réponses doit demeurer confidentielle. »

3. Confidentialité

« Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un surnom et seul le chercheur principal, c'est-à-dire moi-même, aura la liste des participants et des surnoms qui leur auront été attribués. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. »

4. Avantages et inconvénients

« En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur la planification familiale en contexte africain et nous en apprendre sur l'expérience et les opinions des femmes (ou des hommes) de la région de Nouna à ce sujet. Votre participation à la recherche pourra également nous donner l'occasion de mieux vous connaître. Par contre, il est possible que les questions puissent concerner des détails intimes de votre vie dont vous ne désirez pas parler. Si cela se produit, n'hésitez pas à me le mentionner et je passerai à une question suivante. »

5. Droit de retrait

« Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous vous

retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits. »

Consentement verbal

« Avez-vous des questions au sujet de votre participation à cette recherche? Vous avez bien compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche? Si oui, acceptez-vous, après réflexion, à prendre part à cette recherche, tout en sachant que vous pouvez vous retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier votre décision? »

L'obtention du consentement est enregistrée avec les dates et toutes les informations nécessaires.

« Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec moi par le biais du CRSN, en personne ou par téléphone au numéro suivant [information retirée / information withdrawn] »

« Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à la direction du CRSN, soit au Dr. Ali Sié, [information retirée / information withdrawn], ainsi qu'à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 1-514-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés). »

Annexe 2: Fiche de consentement éclairé pour le CRSN.

Moi, Mme/Mr _____, reconnais avoir été informé de l'étude sur « Les impacts de l'utilisation de l'injection hormonale et du dépôt sous-cutané par les femmes sur les conceptions de la fertilité, de la famille et de la planification familiale en milieu rural au Burkina Faso ». Je reconnais que la chercheuse Julie Désalliers m'a donné toutes les informations sur les objectifs de l'étude, sa méthodologie et les avantages prévus pour les services de planification familiale de la région.

Je reconnais avoir été informé que je suis libre de faire parti ou de ne pas faire parti de l'étude et que je ne bénéficierai d'aucune compensation de quelque nature que ce soit. J'ai été informé que je peux me retirer à tout moment de l'étude sans que cela n'entraîne aucune conséquence négative sur mes relations avec le CSPS de ma région, le District Sanitaire de Nouna ou le Centre de Recherche en Santé de Nouna.

Par conséquent, je donne mon accord pour l'utilisation des informations que je vais fournir et ceci dans le strict respect de la confidentialité. J'ai été assuré que la dissémination des données concernant cette étude sera faite de façon anonyme. Aucune personne en dehors de l'étude ne pourra avoir accès aux informations individuelles.

Je reste conscient que ma participation à cette étude ne répond qu'à des buts purement scientifiques.

Je confirme donc avoir reçu et compris le sens de cette étude, et je m'engage à participer volontairement comme personne ressource.

Nom du répondant : _____ Signature : _____

Nom de l'enquêteur : _____ Signature : _____

Lieu et date : _____

Annexe 3 : Fiche de renseignements

1. Nom fictif : _____
2. CSPS de compétence : _____
3. Village de résidence : _____
4. Village d'origine : _____
5. Autres lieux habités : _____
6. Groupe ethnique : _____
7. Langues parlées : _____
8. Religion (et confession) : _____
9. Sexe : _____
10. Âge : _____
11. Niveau de scolarisation : _____
12. Statut légal (marié, divorcé, célibataire) : _____
13. Type d'union (monogame, polygame) : _____
14. Age lors du (ou des) mariage(s) : _____
15. Age lors de la première grossesse : _____
16. Nombre d'enfants : _____
17. Nombre d'enfants décédés : _____
18. Age des enfants (cadet / aîné) : _____
19. Nombre d'enfants souhaités : _____
20. Utilisation PF : _____
21. Méthodes utilisées : _____

Annexe 4 : Aperçu des questions qui guidaient les entrevues, avec en exemple les questions pour le Groupe 1 (Femmes consultant pour la PF)

Questions sur la fécondité et perception du corps reproductif (Biotechnologie/corps féminin)

- Qui vous a mise au courant de l'existence de l'injection hormonale/implant/pilule ?
- Pourquoi avez-vous choisi d'utiliser cette méthode de planification familiale ?
- Est-ce que cela vous convient ? Quels sont les avantages ?
- Plusieurs femmes sentent des effets secondaires ou des inconvénients avec cette méthode. Et vous ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
- Avez-vous des craintes au sujet de l'injection/implant/pilule ?
- Pensez-vous que ça affecte votre corps et votre fertilité ? Comment ?
- Pour combien de temps voulez-vous continuer la PF encore ?
- Voulez-vous d'autres enfants ? Quelle importance les enfants ont dans votre vie ?
- Est-il important pour vous d'espacer les enfants ?
- Quand selon vous est la période la plus fertile dans le cycle de la femme pour avoir des enfants ? et dans la vie d'une femme, quand est-elle la plus fertile ?
- Seriez-vous intéressée par une autre méthode comme les méthodes naturelles de calcul des jours ? ou les préservatifs ? ou le DIU ?
- Opinion de la communauté, de la famille? Les gens autour de vous sont-ils au courant ?
- Croyez-vous que la PF va contre la volonté de Dieu ? Que la femme ne devrait pas empêcher les enfants que Dieu lui a donné?

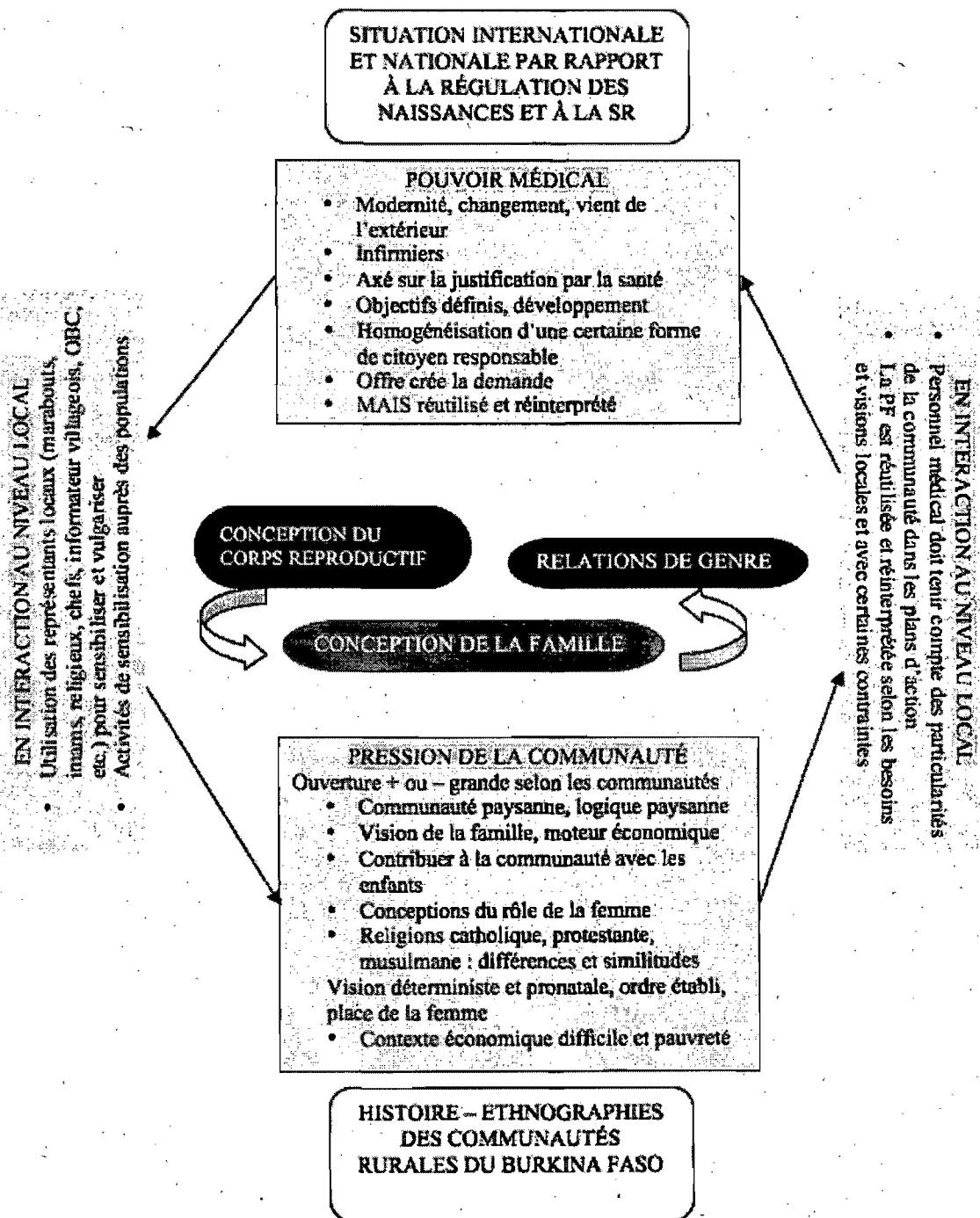
Questions sur les relations de genre (Biotechnologie/rapports de genre)

- Croyez-vous que la PF est une bonne chose pour la femme ? Et pour le couple ?
- Pensez-vous que c'est une affaire de femmes ou que les hommes ont leur mot à dire là-dessus ?
- Croyiez-vous que les hommes devraient s'y intéresser ?
- Est-ce vous qui avez d'abord parler de PF avec votre mari ou c'est lui qui vous l'a proposé ?
- Que pensez-vous des maris qui refusent la PF à leur femme ? et des femmes qui le font à l'insu de leur mari ?
- Est-ce que votre mari connaît bien la PF et l'injection hormonale/implant/pilule ?
- Quel est l'opinion de votre mari à propos de la contraception selon vous ? Pourquoi est-il ouvert à ce sujet?

SI NÉGATIF :

- Quel serait sa réaction s'il apprenait que vous preniez cette méthode ?
- Pourquoi pensez-vous qu'il n'approuve pas la planification familiale ? Comment l'avez-vous su?
- Qu'est-ce qui vous a poussée à aller consulter pour la PF malgré tout?
- Est-ce que vous croyez qu'il serait plus ouvert à une autre méthode, naturelle par exemple, compter les jours, ou préservatifs, ou DIU ?

Figure 9 : Schéma de l'interaction entre le pouvoir médical et les pressions de la communauté dans les décisions en matière de PF



Annexe 5 : Photos du terrain

Planche des photos

Planche A

En haut : Paysage sahélien, village de Dokuy

En bas : Femmes au retour de la prière lors du Ramadhan avec leur enfant au dos, Barani

Planche B

En haut : Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de Koro

Milieu : Salle d'hospitalisation, CSPS de Koro

En bas : Salle de consultation et d'accouchement, CSPS de Koro

Planche C

En haut : Dans un village Bwaba, en train de boire le *dolo* (bière de mil)

En bas : Fête des récoltes chez les Bwaba

Planche D

En haut : Femmes Bwaba au puits

En bas à gauche : Période des récoltes dans les champs de coton

En bas à droite : Femme Bwaba pilant le mil

Planche E

En haut : Jeune berger Peul avec ses vaches

En bas : Groupe de femmes Dafi vendant du poisson séché dans un marché

Planche F

En haut à gauche : Prêtre Bwaba durant une messe protestante

En haut à droite : Mosquée de Barani et imam de la mosquée

Milieu : Jeunes filles dansant et chantant durant la messe

En bas : Prière lors du Ramadhan chez les Peuls à Barani

Planche G

En haut à gauche : Jeune femme Peul

En haut à droite : Femme Bwaba

En bas à gauche : Femmes Bwaba

En bas à droite : Femme Dafi

Planche H

Sortie des masques Samo et Bobo pour les funérailles de Joseph Ki-Zerbo à Toma



Planche A



Planche B



Planche C

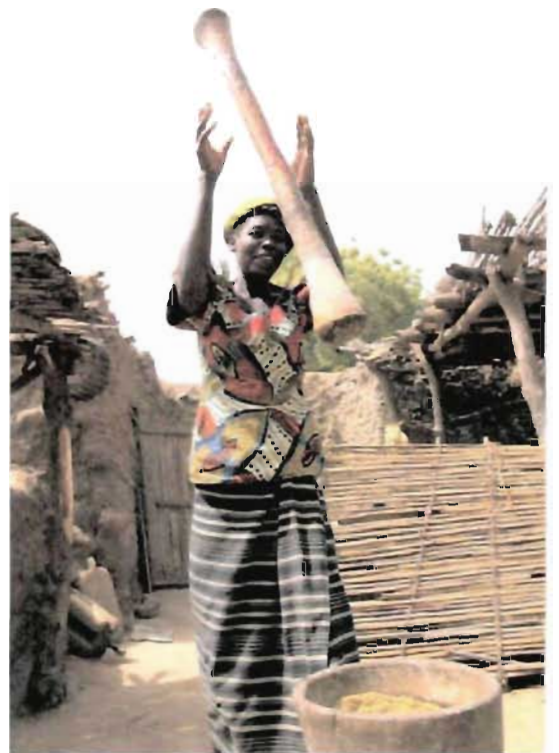
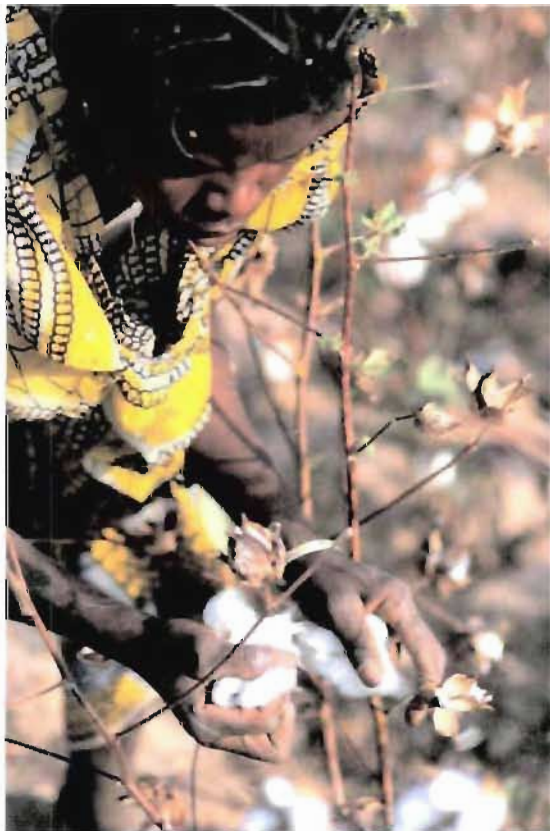


Planche D



Planche E

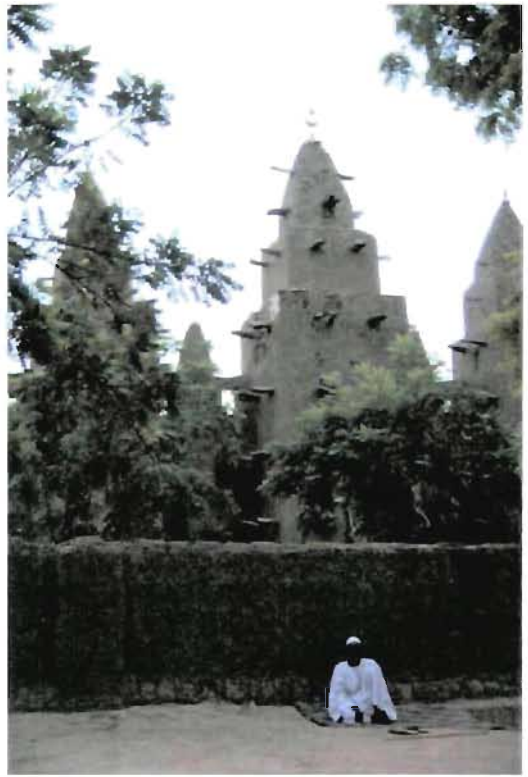


Planche F



Planche G



Planche H