BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRES EN SCIENCES DE LA SANTÉ ET DE L'EDUCATION



MEMOIRE DE MASTER |

Déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè

Cas du village de Tanlarghin

soutenu pour l'obtention du grade de Master II en Science maïeutique et santé de la reproduction par

©André KONDITAMDE

sous la direction de Docteur Michel Sawadogo NASSA,

et la codirection de Docteur George ROUAMBA

a été évalué par un jury composé de :

Docteur SAWADOGO Nathalie, Présidente du jury

Docteur Boureima ZONGO, Membre du jury, examinateur

Docteur Ramatou Windsouri SAWADOGO, Membre du jury, rapporteuse

Promotion: 2015 - 2017

TABLE DE MATIERES

DEDICACES	V
REMERCIEMENTS	v i
RESUME	vii
ABSTRACT	
LISTE DES TABLEAUX	
LISTE DES FIGURES	
LISTE DES ANNEXES	
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	
INTRODUCTION	
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	
1.1 Problématique et justification de la recherche	
1.1.1 Enoncé du problème	
1.1.2 Justification de la recherche	
1.1.3 Questions de recherche	
1.1.4 But de l'étude	
1.1.5 Objectifs de l'étude	
1.1.5.1 Objectif général de l'étude	
1.1.5.2 Objectifs spécifiques de l'étude	
1.1.6 Propositions théoriques de l'étude	
1.2. Revue de la littérature	
1.2.1 Définition des concepts clés	
1.2.2 Contraception, entre tradition et modernité	
1.2.3 Théories précurseurs de la promotion de la planification familiale	
1.2.3.1 Théorie malthusienne	-
1.2.4 Représentations des hommes sur la PCM des femmes	
1.2.5 Relations du genre au sein du couple sur la contraception moderne de la femme	
1.2.6 Besoins et attentes des hommes sur l'offre des services de contraception moderne	
1.3 Identification des thèmes et sous thèmes	
CHAPITRE II : CONTEXTE DE L'ETUDE	
2.1 Aperçu sur le Burkina Faso	
2.2 Aperçu sur la Direction régionale de la santé du Centre	
2.3 Aperçu sur le district sanitaire de Bogodogo	
2.4 Présentation du champ d'étude, village de Tanlarghin	
2.4.1 Données géographiques	
2.4.2 Données socioéconomiques et culturelles	
2.4.3 Données sanitaires	
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	36

3.1 Devis de recherche	36
3.2 Cas à l'étude	36
3.2.1 Démarche méthodologique de choix du cas à l'étude	36
3.2.2 Niveau d'analyse choisi	37
3.2.3 Population à l'étude	37
3.3 Echantillonnage	38
3.3.1 Type d'échantillonnage	38
3.3.2 Stratégie de recrutement des informateurs clés	38
3.3.3 Critères d'inclusion des répondants dans l'échantillon	
3.3.4 Critère d'exclusion des répondants de l'échantillon	40
3.3.5 Taille de l'échantillon	40
3.4 Techniques de collecte de données, période et durée de la collecte	40
3.4.1 Revue documentaire	41
3.4.2 Entrevues semi-structurées	41
3.4.2.1 Présentation du guide et réalisation de l'entrevue	
3.4.2.2 Elaboration, pré-test et validation du guide d'entretien semi-structuré	
3.4.3 Observations participantes	
3.5 Retranscription des données	44
3.6 Méthode d'analyse	45
3.6.1 Familiarisation avec les données et génération des codes initiaux	46
3.6.2 Encodage des verbatims	46
3.6.3 Recherche des thèmes	46
3.6.4 Révision des thèmes	46
3.6.5 Regroupement des thèmes en représentation thématique	
3.6.6 Interprétation des données	47
3.7 Critères de scientificité de l'étude	48
3.7.1 Pertinence	48
3.7.2 Objectivité	48
3.7.3 Fiabilité	
3.7.4 Crédibilité	
3.7.5 Transférabilité	50
3.8 Considérations éthiques	51
3.8.1 Approbation du comité d'éthique	
3.8.2 Consentement libre et éclairé	
3.8.3 Anonymisation des verbatims	
3.8.4 Confidentialité des données	52
3.9 Difficultés rencontrées	52
CHAPITRE IV : RESULTATS DE L'ETUDE	54
4.1 Déterminants de l'approbation des hommes face à la PCM des femmes	54
4.1.1 Connaissance et assentiment de la PCM des femmes par les hommes	

4.1.2 Appréciation du bien-fondé de la contraception sur l'espacement des naissances	55
4.1.3 Appréciation du bien-fondé de la contraception sur la limitation des naissances	57
4.2 Déterminants de l'attitude de désapprobation de la PCM des femmes	58
4.2.1 Logiques sociales en matière de procréation	59
4.2.1.1 Vision sceptique des moyens contraceptifs modernes induite par les logiques sociales	59
4.2.1.2 Préférence des méthodes naturelles de contraception	
4.2.1.3 Vision septique des moyens contraceptifs modernes induite les effets secondaires	
4.2.1.5 Vision sceptique des moyens contraceptifs modernes induite par le poids des rumeurs	
4.2.2 Relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes	
4.2.2.1 Niveau de dialogue déficient sur la contraception moderne dans les couples	
4.2.2.2 Crainte de la transgression de l'autorité masculine par la femme	
4.2.2.3 Relégation de la contraception féminine à la seule responsabilité de la femme	
4.2.3 Adéquation des besoins des hommes par rapport aux services de santé	
4.2.3.1 Féminisation des services et prestations de contraception moderne	
4.2.3.2 Environnement de l'offre de services de prestations de contraception moderne peu accueillant 4.2.3.3 Inadéquation de la rhétorique promotionnelle des agents de santé sur les contraceptifs	
4.2.3.4 Lacunes des approches de communication des agents sur la contraception moderne	
4.3 Synthèse des résultats de l'étude	
CHAPITRE V : DISCUSSION DES RESULTATS	
5.1 Déterminants de l'attitude d'approbation de la PCM des femmes	
5.2 Déterminants de l'attitude de désapprobation de la PCM des femmes	
5.2.1 Logiques sociales en matière de procréation	
5.2.3 Relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes	
5.2.4 Attentes et les besoins des hommes sur l'offre de contraception moderne	
5.3 Limites et biais de l'étude	
5.3.1 Biais liés au devis de recherche utilisé	
5.3.2 Biais liés à la collecte des données	
5.3.3 Biais liés à l'analyse	
5.4 Implications programmatiques des résultats de l'étude	
5.4.1 Implications politiques des résultats de l'étude	
5.4.2 Implications sur les pratiques professionnelles de l'offre de la contraception	
5.4.2 implications sur les pratiques professionnelles de l'ottre de la contraception	. 108
CONCLUSION	. 110
BIBLIOGRAPHIE	
	. 112

DEDICACES

- Nous dédions ce travail in memorium à :

- notre grand-mère BOUDA Poko;
- notre père KONDITAMDE J. B. Malgrébéwendé;

Puisse Dieu le tout puissant et miséricordieux vous garder vos âmes en paix!

- Nous dédions également ce travail à :

- nos géniteurs, notre épouse, nos enfants et nos sœurs et frères, pour tant de privations et de sacrifices;
- tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la rédaction de ce document ;
- tous ceux qui font de l'amélioration de la prévalence contraceptive, par ricochet l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant leur cheval de bataille.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Seigneur, tout puissant qui nous a inspiré ce travail, donné force, santé et disposé des hommes pour nous accompagner. Puisse le seigneur, nous éclairer de sa lumière divine pour toujours.

Nous exprimons un devoir moral qui nous fait sien vis-à-vis d'un certain nombre de personnes sans lesquelles, ce travail ne serait pas réalisé :

- Docteur NASSA Sawadogo Michel, notre Directeur de mémoire ; nonobstant vos multiples occupations, vous avez accepté et su dégager le temps pour nous diriger dans la réalisation de ce travail. Recevez nos sincères remerciements.
- Docteur ROUAMBA George, notre Co-directeur de mémoire ; vous avez su trouver le temps de nous guider pas à pas dans ce travail malgré vos multiples occupations. Merci pour votre dévouement et votre esprit critique. A vos côtés, nous avons beaucoup appris. Recevez à travers ces lignes notre profonde gratitude et notre reconnaissance.
- Monsieur le Directeur Général de l'IFRIS pour son quotidien et précieux combat pour les corps infirmiers et Sages-femmes. A travers lui, nous remercions tout le corps enseignant et le personnel administratif.

Nous remercions les membres du Jury de l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de Juger notre travail malgré leurs multiples occupations. Ce sont :

- Docteur SAWADOGO Nathalie, Présidente du jury
- **Docteur Boureima ZONGO**, Membre du jury, examinateur
- Docteur Ramatou Windsouri SAWADOGO, Membre du jury, rapporteuse

Nous témoignons nos reconnaissances au Dr BILTERYS Robert, pour sa contribution inestimable à la réalisation de ce travail.

Nous remercions également les personnes suivantes : M. KINDA Jules, M. NANA Noufou Gustave, M. SAWADOGO Issaka, M. KABORE Ferdinand, Dr SANON Djénéba, Dr DJIGUIMDE A. Prosper, M. KABORE Hermann.

Nous remercions tous ceux qui ont apporté leur soutien à la réalisation de ce travail et à notre personne pendant nos deux ans d'études, dont les noms ne seraient pas cités.

Enfin, nos remerciements vont à tous les camarades de la promotion 2015-2017 des élèves conseillers de santé pour le soutien pendant ces deux ans d'intense labeur.

RESUME

Au Burkina Faso, en dépit des stratégies mises en œuvre, la prévalence contraceptive reste faible (30,8 % en milieu urbain contre 10,8 % en milieu rural en 2015). Plusieurs facteurs ont été mis en exergue pour expliquer cette situation parmi lesquels, l'attitude défavorable des hommes pour la pratique de la contraception moderne par les femmes. Pourtant, à notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur ce sujet préoccupant. Ainsi, nous avons entrepris cette étude en vue de comprendre les déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes. Il s'agit d'une étude qualitative qui a porté sur vingtquatre hommes vivant en couple à Tanlarghin, un village du district sanitaire de Bogodogo. Des entrevues individuelles semi-structurées ont été conduites auprès de ces hommes, identifiés à l'aide d'un échantillonnage raisonné à variation maximale. L'analyse thématique a été effectuée selon l'approche de Braun et Clarke (2006) en utilisant le logiciel "RQDA".

Les résultats montrent que plusieurs raisons expliquent l'attitude de désapprobation des hommes vis-à-vis de la pratique de la contraception moderne des femmes. En effet, une vision sceptique des contraceptifs modernes par les hommes est induite par les logiques sociales en matière de procréation, les rumeurs et les effets secondaires.

Ces hommes rattachent la contraception moderne à l'avortement, à l'infanticide et à la stérilisation féminine et préfèrent la contraception naturelle. Pourtant, ils remettent en cause la configuration organisationnelle de l'offre de contraception moderne qui les exclut, en ne leur permettant pas l'accès aux informations sur les contraceptifs modernes. Il s'agit entre autres de la féminisation des services de contraception moderne et les lacunes des approches de communication du personnel de santé sur la contraception moderne. Enfin, un niveau déficient de dialogue sur la contraception moderne dans les couples, une crainte d'une débauche sexuelle de la femme et une relégation de la question de la contraception à la seule responsabilité de la femme influencent défavorablement la négociation et le consensus entre les partenaires qui devait aboutir à la pratique contraceptive de la femme.

A l'opposé, certains hommes, quoique minoritaire, marquent leur approbation vis-à-vis à la pratique de la contraception moderne des femmes en reconnaissant le bien-fondé de celle-ci.

En termes d'implications, ces résultats suggèrent que les programmes de PF privilégient des approches organisationnelles, communicationnelles qui tiennent compte des attentes des hommes et qui les impliquent fortement. De plus, la mise en place d'un système de surveillance et prise en charge gratuite et efficace des effets secondaires des contraceptifs s'impose.

Mots clés: attitude, contraception moderne, femmes, hommes, rural

ABSTRACT

In Burkina Faso, despite the implementation of many strategies, contraceptive prevalence

remains low, with a rate of 30 % in urban areas compared to 10, 8% in rural areas in 2015.

Several factors have been highlighted explaining this low contraceptive prevalence among

which the unfavorable attitude of men related to the use of modern contraception by women.

Up to now, there is any study on this issue. By this study, we want to explore the determinants

of men attitude regarding to the use of modern contraception by women in rural areas of

Burkina Faso.

We conducted a qualitative study at Tanlarghin village located in Bogodogo health district.

Using a maximum variation sampling, twenty-four semi-structured individual interviews were

conducted with men living in couples. The thematic analysis was carried out based on Braun

and Clarke approach (2006) using RDQA software.

We found that there are many reasons that lead men to be unfavorable to the use of modern

contraception by women. Indeed, a skeptical and septic vision of modern contraceptives by

men is induced by social logics of procreation, rumors and side effects of contraceptive drugs.

Those men relate modern contraception to abortion, infanticide and female sterilization and

prefer natural contraception. However, men are questioning the delivering services of modern

contraceptive which excludes them and not allow to access information about modern

contraceptives. These include the feminization of modern contraceptive services and the gaps

in communication approaches used by health workers on modern contraception. Finally, a

lack of dialogue on modern contraception in couples, a fear of sexual debauchery of women,

and a relegation of the issue of contraception to women's sole responsibility have a negative

impact on the choice of any contraceptive method in the couple in a concerted way.

Otherwise, it was found that some men, although minority, expressed their approval on the

use of modern contraception by women regarding to their benefit for them.

In terms of implications, these findings shown the need for programs to target and prioritize

innovative and relevant organizational and communicative approaches that take into account

men's expectations and strongly involve them. In addition, the establishment of a system for

free management of contraceptives side effects is necessary.

Keywords: Attitude, modern contraception, men, women, rural

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif de l'opérationnalisation des représentations thématiques	28
Tableau 2 : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes du CSPS	34
Tableau 3 : Résumé des étapes du modèle d'analyse thématique	47
LISTE DES FIGURES	
Figure 1: Structure administrative et technique du Ministère de la Santé du Burkina Fas	so 31
Figure 2: Carte de la direction régionale de la santé du Centre	32
Figure 3: Carte administrative du district sanitaire de Bogodogo	32
Figure 4: Carte du village de Tanlarghin	33
LISTE DES ANNEXES	
Annexe 1 : Guide d'entretien individuel semi-structure auprès des hommes	I
Annexe 2 : Extrait de verbatim codé	II
Annexe 3 : Extrait de la compilation des codes selon les répondants	III
Annexe 4 : Extrait textuel des représentations thématiques	III
Annexe 5 : Extrait graphique des représentations thématiques	IV
Annexe 6: Formulaire d'information	VI
Annexe 7 : Formulaires de consentement	VII
Annexe 8 : Formulaire de clause de confidentialité	VII
Annexe 9 : Grille de codification	VII
Annexe 10 : Autorisation du comité d'étique	IX
Annexe 11 : Autorisation de la Direction régionale de la santé	X
Annexe 12 : Diffusion et utilisation des résultats de la recherche	X
Annexe 13 : Caractéristiques de l'échantillon	XI

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASBC Agent de santé à base communautaire Connaissances, attitudes et pratiques **CAP**

Centre hospitalier régional **CHR**

CIPD Conférence internationale sur la population et le développement

Centre médical avec antenne chirurgicale **CMA**

CNS Comité national de suivi

Commission permanente du Conseil de l'Europe **CPCE**

CSPS Centre de santé et de promotion sociale

Direction générale des études et des statistiques sectorielles **DGESS**

Direction générale de la santé DGS

Dispositif intra-utérin DIU

Direction régionale de la santé **DRS**

District sanitaire DS

Direction de la santé et de la famille **DSF EDS** Enquête démographique et de santé

Enquête module démographique et de santé **EMDS**

Ibidem (signifiant au même endroit) ibid. **IEC** Information, éducation, communication

Institut de formation et de recherche interdisciplinaires en santé **IFRIS**

INPES Institut national de prévention et d'éducation sur la santé Institut national de la statistique et de la démographie **INSD**

Indice synthétique de fécondité ISF

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée MAMA

Marie stoppes international **MSI NTDR** Notes terrains du rédacteur

Organisations à base communautaire **OBC** Objectifs de développement durable ODD

Objectifs du millénaire pour le développement **OMD**

Organisation mondiale de la santé **OMS ONG** Organisation non gouvernementale Organisation des nations unies ONU

Opere citato (signifiant dans l'ouvrage cité) Op.cit.

PCM Pratique de la contraception moderne

Planification familiale PF

PNDS Plan national de développement sanitaire Politique nationale de la population **PNP PTF** Partenaires techniques et financiers **RQDA** R-Based Qualitative Data Analysis

Santé maternelle et infantile SMI

Système national d'information sanitaire **SNIS**

Santé de la reproduction SR

United Nations Population Fund (Fonds des nations unies pour la population) **UNFPA**

Virus de l'immunodéficience humaine VIH

WHO World Health organisation

INTRODUCTION

L'accroissement de la prévalence contraceptive occupe une place primordiale dans les objectifs des programmes d'amélioration de la santé reproductive (SR), de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de contrôle de la croissance démographique. Celui-ci est soutenu par le troisième objectif de développement durable (ODD), à sa cible sept visant à assurer l'accès à la planification familiale (ONU, 2015). En dépit de cela, dans les pays en développement comme au Burkina Faso, l'on observe d'une manière générale, une faible utilisation des moyens de contraception moderne. Par exemple, une analyse réalisée par le Centre de recherche sur la population et la santé en Afrique à partir des données d'enquêtes démographiques et sanitaires des pays d'Afrique (Population Reference Bureau and African Population & Health Research Center : PRB/APHRC) a montré que près de 70% des femmes africaines en union, souhaitent espacer les naissances de leurs enfants ou ne pas avoir d'enfants, mais seulement 21% d'entre elles ont recours à une contraception moderne et 29% ont une grossesse non planifiée (PRB/APHRC, 2008).

Pourtant, plusieurs études ont révélé que ces grossesses non planifiées se traduisent par des grossesses trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées ou trop tardives augmentent les risques de mortalité maternelle et infantile (DaVanzo, & al., 2007; Rutstein, 2008). Selon DaVanzo J et al. (2007), le risque de décès de l'enfant faiblit au fur et à mesure que l'intervalle s'allonge : pour un intervalle de moins de deux ans, un enfant sur sept meurt avant son premier anniversaire ; les grossesses pendant la première année après un accouchement présentent des risques accrus de prématurité et de faible poids de naissance ; celles survenant dans les six mois suivant l'accouchement présentent un risque multiplié par 7,5 d'avortement et un risque multiplié par 1,6 de mort-nés (DaVanzo, & al., 2007). Dans le même sens, Rutstein, indique que si tous les couples attendaient au moins 24 mois pour concevoir un autre enfant, la mortalité des enfants de moins de cinq ans diminuerait de 13% et de 25 % s'ils attendaient 36 mois (Rutstein, 2008). Ce faisant, l'une des stratégies éprouvées pour réduire les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale est la promotion de la pratique de la contraception moderne (PCM) des femmes. Car elle permet d'éviter plus de 30 % des décès maternels (Rutstein, 2008) et plus de 10% de mortalité infantile si les couples espaçaient les grossesses à plus de deux ans d'intervalle (Cleland & al., 2006). La pratique de la contraception moderne (PCM) étant définie comme l'utilisation d'un ensemble de procédés chimiques ou mécaniques pour la plupart, à caractère permanent ou non, destinés à prévenir la grossesse ou l'empêcher, de façon réversible, temporaire ou définitive (WHO, 2012).

Au Burkina Faso, de nombreuses stratégies ont été mises en œuvre pour repositionner la planification familiale (PF) et accroître la prévalence contraceptive moderne. Ces stratégies ont concerné entre autres, l'adoption d'une loi relative à la SR, l'élaboration et la mise en œuvre du plan national de relance de la PF, du Plan stratégique de sécurisation des produits en SR, la gratuité des prestations de la contraception moderne, la subvention des produits contraceptifs, la distribution à base communautaire et la surveillance hebdomadaire des produits contraceptifs. En dépit de ces mesures, la prévalence contraceptive est restée faible et se chiffrait à 22,5% en 2015. Elle était de 30,8 % en milieu urbain, contre 10,8 % en milieu rural (EMDS-BF, 2015). Plusieurs facteurs ont été mis en exergue pour expliquer cette faible prévalence contraceptive parmi lesquels, l'attitude de désapprobation de la PCM des femmes par les hommes surtout en milieu rural (UNFPA, 2013; EMDS-BF, 2015).

A notre connaissance, la littérature reste pauvre sur les "hommes et la contraception féminine" au Burkina Faso. Récemment, des enquêtes sur les hommes, et leur implication aux services de santé de la reproduction ont été réalisées, mais très peu se sont intéressées sur les déterminants de leurs attitudes dans le domaine de la contraception moderne. Pourtant, on peut s'imaginer de l'intérêt de l'impact des attitudes favorables des hommes sur l'adoption de la contraception par les femmes dans le couple. Ces constats sont à la base de notre étude, qui vise à apporter une contribution à la compréhension des raisons qui soutiennent l'attitude favorable ou défavorable des hommes face à la PCM des femmes, à travers le thème suivant: «déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè».

En se focalisant sur le milieu rural, cette étude s'inscrit dans la continuité des conclusions du rapport de l'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) réalisée en 2012 par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), du rapport de la revue du secteur santé, réalisée en 2015, de l'enquête de démographie et de santé 2015, qui ont toutes suggéré que soient menées des recherches sur les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes (UNFPA, 2013; EMDS-BF, 2015; CNS/PNDS, 2016).

Notre travail s'articule autour de cinq chapitres. Dans le premier chapitre relatif au cadre théorique, il est question de la revue de littérature suivie de la problématique, la définition des concepts clés, la recension des études antérieures et l'identification des variables et leurs indicateurs. Le deuxième décrit la méthodologie de notre étude. Pour le troisième chapitre, il se rapporte à la présentation du milieu d'étude, Quant aux quatrième et cinquième chapitre, ils correspondent respectivement à la présentation des résultats et la discussion.

CHAPITRE I

Cadre théorique de l'étude

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre a pour principal objectif de présenter l'univers scientifique dans lequel a été entreprise cette étude. A ce propos, la problématique et la justification de la recherche ont été abordées. Puis la revue de la littérature suivie de la définition des thèmes et sous thèmes à l'étude ont été traitées.

1.1 Problématique et justification de la recherche

1.1.1 Enoncé du problème

Chaque année, 80 millions de grossesses non désirées occasionnent 45 millions d'interruptions volontaires de grossesse qui entraînent environ 70 000 décès dont 97% dans les pays en développement (OMS, 2006). Alors qu'il est bien connu que si tous les besoins de contraceptifs modernes étaient satisfaits, le nombre de grossesses non désirées diminueraient de 70% passant de 80 à 22 millions par an; et le nombre d'avortements diminueraient de 74% passant de 45 à 5,1 millions par an (Ibid., 2015). De même, la contraception moderne permet de sauver la vie de près de 250.000 femmes dans le monde chaque année et pourrait en sauver 100.000 de plus si toutes les femmes utilisaient des moyens contraceptifs modernes (Ahman & Shah, 2011). Pour d'autres auteurs, l'utilisation de la contraception moderne par les femmes permet d'éviter plus de 30 % des décès maternels (Rutstein, op. cit.) et plus de 10% des décès infantiles (Cleland & al., op. cit.). Malgré les efforts fournis par les autorités publiques, la prévalence contraceptive des femmes reste faible et soutenue par un ensemble de facteurs dont ceux liés à l'attitude des conjoints (UNFPA, 2013; EMDS-BF, 2015; CNS/PNDS, 2016). A cette fin, l'implication des hommes dans les programmes de PF a toujours préoccupé les décideurs.

Aussi, les conférences internationales sur la population et le développement durable tenue au Caire en 1994 et sur les femmes à Beijing en 1995, entre autres, ont-ils recommandé vivement leur plus grande implication dans lesdits programmes. La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, a d'ailleurs introduit le concept de la "santé de la reproduction" en y incluant les hommes. L'objectif est de promouvoir l'égalité entre les sexes dans toutes les sphères de la vie (y compris la famille et la vie communautaire), et d'encourager les hommes à assumer la responsabilité de leurs comportements sexuels et reproductifs (ONU, 1995). En 1995, lors de la 4ème Conférence Mondiale sur les femmes, l'importance de la participation des hommes dans la santé génésique a été insinuée. Cette conférence souligne que l'égalité entre femmes et hommes en matière de sexualité et de procréation implique un partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences (Conférence mondiale sur les femmes, 1995). Nonobstant les preuves probantes du rôle actif des hommes dans les services de santé de la reproduction et de planification familiale d'une part, ainsi que dans l'utilisation de ces services par les femmes d'autre part, une adhésion et une participation très limitées des hommes dans lesdits programmes sont mis en relief. (UNFPA, 2013)

Dans les pays développés, en France par exemple, les résultats de l'étude de Cyril Desjeux en 2013, ont fait apparaître que la participation des hommes est déterminante à la PCM des femmes. L'étude intitulée « une occultation des pratiques masculines de contraception » a porté une approche qualitative. Il a utilisé la technique de boule-de-neige pour mener des entretiens auprès de 26 hommes, de 23 femmes, de 16 professionnels de la santé avec pour objet de comprendre les pratiques, les représentations et les attentes masculines face à la contraception moderne. Il énonce d'ailleurs dans ses conclusions que « la contraception moderne a eu pour effet de libérer efficacement l'activité sexuelle des contraintes procréatives. Mais le principal défi de la contraception a été de placer durablement la responsabilité de sa pratique sous le contrôle des femmes, à tel point que l'on parle désormais de l'irresponsabilité des hommes en ce domaine » (Desjeux, 2013: 60). Ainsi, en s'intéressant plus particulièrement aux dynamiques contraceptives, il observe une faible participation des hommes; alors que selon lui « la place des hommes dans la contraception se construit dans une dynamique d'interaction avec leurs partenaires femmes qui favorise une prise de conscience et une construction d'une sensibilité contraceptive pour les hommes » (Ibid. :64). Ces témoignages rejoignent, une autre étude qualitative menée en France par Smet Laetitia en 2012. L'étude a concerné dix-sept hommes volontaires, âgés de 18 à 50 ans et vivant dans la région de Rhône-Alpes de la France. L'auteure a remarqué que les hommes avaient un rôle important et dominant dans les décisions cruciales pour l'utilisation des produits contraceptifs de leurs femmes, mais que les hommes ont semblé avoir plus de difficultés à aborder ce sujet avec une partenaire récente. Ainsi, elle dégage comme résultat principal en ses termes : «...certains hommes ne souhaitent pas s'y intéresser. D'autres souhaiteraient une meilleure information et le développement de méthodes masculines efficaces et réversibles afin de partager la responsabilité de la contraception à différents moments de leur vie. Ces hommes souhaitent désormais prendre part à la décision et à la gestion de la contraception au sein du couple» (Smet, 2012, :16). Ce résultat fort

intéressant montre que le partage de la responsabilité en matière d'utilisation de la contraception, n'est pas contre toute attente, systématique dans les couples en France. Conscient de cette situation, l'Institut National de Prévention et d'Education sur la Santé (INPES) français ne cesse de mettre en œuvre des campagnes sur la contraception qui ont progressivement visé les hommes. La campagne de 2010, la plus évocatrice a eu pour slogan: « Contraception ; filles et garçons, tous concernés ! » (INPES, 2010; citée par Smet, 2012 : 16). Le trait suggestif de cette campagne pose ainsi la question de la place des hommes dans la contraception. Bien avant cette campagne, en 2004, la Commission permanente du Conseil de l'Europe (CPCE) avait même adopté une résolution comprenant des moyens d'implication des hommes à la PCM dans le couple (CPCE, 2004). Dans cette résolution, il est encouragé le développement de programmes de sensibilisation destinés aux hommes afin de les inciter à assumer une responsabilité partagée sur la contraception entre les partenaires.

Nous intéressant à l'Afrique, le cas de l'étude transversale de Tessema en 2002 est intéressant pour notre étude. Cette étude, réalisée selon une approche mixte (quantitative et qualitative) a permis d'étudier la relation entre la communication entre époux et la PCM de la femme à Assosa Town (Éthiopie). Dans cette étude, 264 couples ont été interrogés et l'auteur a retrouvé que dans les couples où un ou les deux partenaires ont déclaré avoir discuté de la contraception avec leur partenaire, 67% utilisaient la contraception au moment de l'entrevue contre seulement 10% dans les couples où il n'y a pas eu de discussion. La régression logistique a montré que l'approbation du mari de la contraception moderne était significativement associée à l'utilisation de contraceptifs des femmes (Tessema, 2002). De même, dans leur étude menée dans la communauté Yoruba en 2013, Adewuyi, A., & Ogunjuyigbe, P., ont examiné le rôle des hommes dans la PCM dans le couple en mettant particulièrement l'accent sur les connaissances et l'attitude des hommes à l'égard de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes. Les analyses, basées sur des données obtenues à partir d'une enquête menée dans trois régions sud-ouest du Nigeria en 1998, ont montré que : (i) les hommes jouent un rôle important dans les décisions relatives à l'utilisation de la contraception par les femmes chez les Yorubas; (ii) l'utilisation de contraceptifs est élevée chez les femmes dont les conjoints ont une attitude favorable à la contraception moderne (76% contre seulement 25% chez les femmes dont les conjoints y sont défavorables). L'étude a en effet relevé la nécessité de concevoir des stratégies efficaces de communication pour conscientiser les hommes sur la contraception (Adewuyi & Ogunjuyigbe, 2003).

Pour le cas précis du Burkina Faso, les études portant sur l'attitude des hommes face à la PCM des femmes, montrent dans la plupart des cas que la majorité des hommes désapprouve la PCM des femmes, surtout dans le milieu rural. En effet, Congo Z. (2007) dans son étude sur les facteurs de la contraception au Burkina Faso, a trouvé que le pourcentage de femmes utilisant la contraception au moment de l'enquête était de 12 %. Dans la recherche des facteurs explicatifs, il a mis en exergue qu'un conjoint favorable à la contraception moderne confère près de quatre fois plus de chance à sa conjointe d'utiliser les méthodes modernes. Il souligne ainsi que « la place et le rôle du conjoint dans un couple sont déterminants en ce qui concerne l'utilisation de la contraception moderne de la femme...» (Congo, 2007:29). Cet auteur a fondé ses analyses sur une méthode quantitative des données de l'enquête démographique et de santé de 1998/1999. Les résultats de la régression logistique, au modèle final de l'étude, indiquent que parmi les variables explicatives qui sont statistiquement significatives sur l'utilisation de la contraception moderne par les femmes, il y a: le milieu de résidence, l'approbation du conjoint, la discussion avec le conjoint relative à la contraception moderne. Dans un même ordre d'idées, les résultats de l'Enquête du module de démographie et de santé du Burkina Faso (EMDS-BF), en 2015, montrent que le Burkina Faso connait un taux de mortalité maternelle encore élevé de l'ordre de 330 pour 100 000 naissances vivantes ; un taux de mortalité néonatal de 23 pour 1 000 naissances vivantes. Cette mortalité a lieu dans un contexte de très faible prévalence contraceptive moderne, de l'ordre de 22,5% (EMDS-BF, 2015); bien que 30 % des cas de mortalité maternelle (Rutstein, 2008) et plus de 10% des décès infantiles (Cleland & al., 2006) pourraient être évités grâce à l'utilisation de la contraception moderne des femmes. De surcroît, une analyse chronologique montre que l'évolution de la prévalence contraceptive n'a été que modérée au cours des dernières années puisque celle-ci est passée de 8,6 % en 2003 (EDS-BF, 2003) à 15,0 % en 2010 (EDS-BF, 2010) et à 22,5% en 2015 (EMDS-BF, 2015) soit une augmentation annuelle de 1,22 point de pourcentage. De fortes disparités subsistent selon le milieu de résidence des femmes. Ainsi, en 2015, la prévalence contraceptive est de 30,8 % en milieu urbain, contre 10,8 % en milieu rural (Ibid.). En sus, l'analyse causale réalisée dans l'EDS 2010, montre que 60,30% des conjoints des femmes qui n'utilisent pas la contraception n'approuvent pas la PCM de leurs femmes. Et, ces femmes ont 5,13 fois moins de chance d'utiliser les méthodes de contraception moderne par rapport aux femmes dont les conjoints en approuvent. En considérant les zones, la prévalence contraceptive est trois fois plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain, tant pour l'ensemble des méthodes (11 % contre 34 %) que pour les méthodes modernes (11 % contre 31 %). Le pourcentage des conjoints qui désapprouvent la PCM de leurs femmes atteint 80,25% en milieu rural contre moins de 40% en milieu urbain (EDS-BF, 2010). Cette situation non reluisante au Burkina Faso a été davantage mise en exergue dans l'enquête CAP de l'UNFPA (2013). Les résultats de cette enquête nationale, révèlent que 83,4% des hommes n'approuvent pas la PCM des femmes. Pourtant, environ la même proportion des femmes (82,8%) l'approuve, contre paradoxalement 78,1% d'entre elles qui n'utilisent pas cette contraception moderne. Cette situation de "paradoxe contraceptif burkinabè" est d'autant étayée par le fait que 9 femmes sur 10 (87,2%) estiment qu'elles n'ont pas le droit d'utiliser une méthode de contraception sans l'avis de leurs partenaires. En outre, les femmes dont les partenaires approuvent la planification familiale ont 6,70 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception que celles dont les partenaires la désapprouvent (UNFPA, 2013). Ce résultat qui traduit l'attitude de désapprobation des hommes est corroboré par le discours d'une enquêté, pendant l'enquête CAP de l'UNFPA qui a relaté que : «...on peut tourner dans les marchés pour parler de la PF pour que les hommes entendent; ça peut aider à ce qu'ils changent favorablement de position...» (Ibid. :33). Conscients de ce que représente l'opinion de l'homme dans la décision d'adopter une méthode contraceptive chez la femme, le Ministère de la santé à travers la Direction de la santé de la famille (DSF) a pris des mesures de renforcement de l'implication des hommes. Il s'agit entre autre, de la mise en œuvre de l'approche «individu, famille, communauté* », de la stratégie «école des maris[®]», de la stratégie «pousidsongo[©]» et de l'organisation de la semaine nationale de PF chaque année depuis 2012 (DSF, 2006). Nonobstant tous ces efforts, l'annuaire statistique 2015 du Ministère de la santé (MS) a relevé une régression du taux d'utilisation des méthodes contraceptives, passant de 34,3% en 2013 à 31,1% en 2015 (Annuaire statistique/MS, 2016). Le rapport 2016 de la revue du secteur de la santé, à la suite de l'analyse de ces données, indexe l'attitude de désapprobation des hommes face à la PCM

^{* &}quot;Approche Collaborer avec les individus, les familles et les communautés (IFC) " pour améliorer la santé maternelle et néonatale » au Burkina Faso est lancée en 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle part du postulat que l'amélioration de la santé maternelle et néonatale n'est envisageable que si les femmes, les hommes, les familles et les communautés sont activement impliqués et leurs capacités en matière de santé sont renforcées. Cette approche contribue donc au renforcement des moyens d'agir des Individus, Familles et Communautés pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Les actions préconisées sont organisées en quatre champs d'action en rapport avec le développement des aptitudes, l'augmentation des connaissances, le renforcement des liens sociaux et l'amélioration de la qualité des services et des soins. Il convient de retenir que dans cette approche, la promotion des rôles des hommes et autres personnes influentes occupe une place de choix.

[®]Stratégie "école des maris" vise l'amélioration de l'implication des hommes dans la gestion de la santé de la reproduction y compris la contraception moderne dans les villages des districts sanitaires. Le concept "école des maris" est basé sur la mise en place d'un espace d'échanges et d'apprentissage entre hommes ayant de bonnes pratiques en matière de santé de la reproduction et le genre.

[©] Stratégie [«]Pugsid-songo " est une stratégie pour promouvoir l'accompagnement des femmes par leur époux pour les prestations de santé de maternelle, néonatale et infantile (SMNI), renforcer le soutien des hommes à leurs épouses pour une prise en charge efficace de la femme enceinte, de la mère et du nouveau-né à domicile en vue d'accroître l'utilisation des services de SMNI

des femmes comme cause essentielle de l'abaissement du niveau de cet indicateur et suggère par conséquent que des études soient menées pour comprendre les déterminants y relatifs (CNS/PNDS, 2016). Mais la persistance de ce fait social ne cesse d'être explorée et mise en débat à l'occasion des cadres sectoriels de dialogue santé. C'est cette pertinence factuelle qui milite en faveur de cette étude.

Dans le district sanitaire de Bogodogo, l'un des cinq districts de la région du Centre, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes s'est établi en 2015 à 28,4%, un niveau qui est inférieur à la moyenne nationale qui est de 31,1%. Ce district regorge à la fois de localités urbaines et de localités rurales représentées par 52 villages.

Toutefois, les statistiques sanitaires de routine de ce district révèlent que le village de Tanlarghin connait chaque année une contreperformance en matière de taux d'utilisation de la contraception moderne par les femmes. D'ailleurs, depuis les trois dernières années, les taux d'utilisation de la contraception moderne par les femmes dans ce village sont les plus faibles du district sanitaire. Ils s'établissent à 18% en 2013, 14% en 2014 et 16% en 2015 (District sanitaire de Bogodogo, 2016; CSPS de Tanlarghin, 2016) contre une moyenne annuelle du district qui est respectivement de 35,21%, 30% et 28,4% (Annuaire statistique/MS, 2016). En outre, ce taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de Tanlarghin qui est estimé à 16 % en 2015 est loin de la moyenne régionale du taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union en milieu rural qui s'établit à 31,2% (Annuaire statistique/MS, 2016). Cette situation contrastante nous a orienté dans l'identification de ce village comme milieu d'étude. De surcroît, une enquête réalisée par l'Association SonguiManégré/Aide au Développement Endogène (ASMADE) en 2014, dans le cadre du projet d'améliorer la santé des populations rurales du district sanitaire de Bogodogo, a permis de faire une analyse des rapports sociaux de genre en matière de santé sexuelle et reproductive y compris la contraception moderne dans quatre villages dont Tanlarghin (Tanlarghin, Tanvi-Nakamtenga, Tansablogo, et Pikiéko). Les techniques de collecte de données ont été des entretiens individuels auprès de 253 femmes et de 70 hommes âgés de 15 à 49 ans, complétées par 16 focus groupes. Les principaux résultats ont montré que la majeur partie des hommes soit 89,2% ont eu un avis défavorable quant à une éventuelle utilisation de la contraception moderne par leurs femmes. C'est ainsi qu'au cours d'un focus groupe de femmes enceintes du village de Tanlarghin, une femme s'exprime en ces termes : « les hommes s'opposent aux méthodes de contraception moderne; ils disent que ça provoque

des maladies » (ASMADE, 2014:30), lequel point de vue a été soutenu par celui d'un homme de 42 ans lors du focus groupe hommes pour qui « l'enfant est un don de Dieu dont il ne faudrait en aucun cas empêcher sa venue au monde » (Ibid. :36).

A la lumière de cette analyse, il est établi l'existence d'un le lien causatif entre la PCM des femmes et l'attitude des hommes et la nécessité de déployer interventions idoines et efficaces auprès des hommes. De façon générale, de ce tour d'horizon de la littérature, il ressort que la responsabilité de l'homme dans la PCM par la femme est une réalité (Andro & Hertrich, 2001; Congo, 2007; Maiga & al., 2007); ces hommes ont des attentes différentes des femmes en matière de contraception et les femmes aspirent à un partage de la responsabilité contraceptive avec eux (Smet, 2012; Bardwick J, 1973 & Henry J Kaiser, 1997, cités par Delphine, 2015); la place de la femme est secondaire et partant de là, elle n'a pas les moyens de plaider en sa propre faveur pour recourir à la contraception moderne si ce n'est pas issu de la volonté de son conjoint (Adewuyi & Ogunjuyigbe, 2003 ; Desjeux, 2013). Ce contexte sanitaire nous interpelle. Aussi, avons-nous ressenti la nécessité d'explorer les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes en milieu rural burkinabè et ce, à travers le cas particulier des hommes vivant en couple du village de Tanlarghin. Plusieurs raisons nous ont incité, à mener cette étude.

1.1.2 Justification de la recherche

Les résultats des différentes études ci-dessus examinés dans la problématique prouvent le rôle important que joue l'homme en matière de pratique contraceptive de la femme. Lorsque l'attitude de l'homme est défavorable face à la PCM des femmes, ces dernières ont moins de chance d'utiliser les contraceptifs modernes, entrainant le faible taux de prévalence contraceptive. Les conséquences d'une telle situation est l'aggravation de la situation non reluisante des décès de femmes et d'enfants liés aux grossesses rapprochées, non prévues, aux interruptions clandestines des grossesses. En effet, 7 femmes, 116 enfants de moins d'un an, 272 enfants de moins de 5 ans continueront de perdre la vie chaque jour, suite à ces causes évitables par la pratique contraceptive (DSF, 2006). A partir d'un tel constat, il y a lieu de s'interroger sur une telle situation au Burkina, dans le but d'apporter notre modeste contribution à la réduction de ce gap informationnel et contribuer à une amélioration de la prévalence contraceptive. L'intérêt de cette étude est donc double :

- au plan théorique, les résultats de cette étude apportent davantage de connaissances sur les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes, obéissant à l'entendement selon lequel, la valeur d'une recherche scientifique tient de son caractère cumulatif des connaissances.
- au plan pratique, la compréhension de ces déterminants devrait mener à la découverte d'une théorie sur «l'engagement constructif des hommes à la PCM des femmes » qui pourrait être adaptée au gré du contexte à appliquer et permettre l'identification et la mise en œuvre des interventions efficaces pour l'augmentation de la prévalence contraceptive.

Par ailleurs, notre motivation à mener cette étude se justifie davantage car, bien qu'il soit établi que l'attitude de l'homme détermine la PCM chez les femmes, très peu d'études ont été menées à notre connaissance, pour comprendre les raisons éventuelles. Les études qui ont été menées ont exploré le point de vue spécifiquement des femmes, parfois en y incluant des hommes, mais peu se sont attachées au point de vue des hommes spécifiquement sur la contraception moderne féminine. De toutes ces pistes de réflexion, notre attention est portée sur les questions suivantes :

1.1.3 Questions de recherche

A partir de l'analyse de la littérature, plusieurs questions émergent dont, la principale, est : pourquoi des hommes du milieu rural ne sont pas favorables à la pratique de la contraception moderne des femmes alors que d'autres le sont ?

De cette question principale, se dégagent spécifiquement trois (03) questions secondaires:

- quelles sont les représentations qu'ont les hommes sur la contraception moderne qui déterminent leur attitude face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè?
- Dans quelles mesures les relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes sont déterminantes dans l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè?
- quels sont les besoins et attentes des hommes en matière d'offre de service de contraception moderne qui déterminent leur attitude face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè?

1.1.4 But de l'étude

Le but de notre étude est de contribuer à l'accroissement de la prévalence contraceptive moderne à travers la mise à disposition du Ministère de la santé, des évidences pour un engagement constructif des hommes à la contraception des femmes. L'engagement des hommes est compris ici dans un triple sens. D'abord, il renvoie au fait pour les hommes, de permettre à leurs femmes de contracter la contraception moderne. Ensuite, il s'agit de pouvoir engager les hommes dans l'encouragement et le soutien des femmes dans la PCM. Enfin, il s'agit de pouvoir faire émerger un leadership des hommes aux côtés des femmes pour porter davantage la contraception moderne auprès de leurs pairs.

1.1.5 Objectifs de l'étude

1.1.5.1 Objectif général de l'étude

L'objectif général est de comprendre les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes en milieu rural burkinabè.

1.1.5.2 Objectifs spécifiques de l'étude

Les objectifs spécifiques sont :

- décrire les représentations des hommes sur la contraception moderne qui déterminent leur attitude face à la PCM des femmes en milieu rural burkinabè;
- analyser les relations de genre au sein du couple sur la PCM des femmes en milieu rural burkinabè;
- appréhender les attentes et les besoins des hommes du milieu rural burkinabè en matière d'offre de service de contraception moderne qui déterminent leur attitude face à la PCM des femmes.

1.1.6 Propositions théoriques de l'étude

En réponse provisoire aux questions de recherche, nous avons formulé des propositions théoriques, sachant bien que dans une étude exploratoire, il est difficile de poser une hypothèse précise, les résultats pouvant être bien différents de ce que nous attendions.

- les représentations des hommes sur la contraception moderne déterminent leur attitude face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè;

- les relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes sont déterminantes de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè;
- les besoins et attentes des hommes en matière d'offre de service de contraception moderne déterminent leur attitude face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè.

Après les propositions théoriques, venons-en à la revue de la littérature.

1.2 Revue de la littérature

Dans cette partie, il convient d'interroger la littérature sur la question de la PCM des femmes en rapport avec l'attitude des hommes et les déterminants y afférents. Cette recherche documentaire nous permet de confronter les différents points de vue développés par d'autres chercheurs et de dégager de nouvelles pistes de recherche. Mais avant, nous définissons les concepts suggérés par notre sujet de recherche, présentons respectivement des sections sur « la contraception, entre la tradition et la modernité » les théories qui ont été les précurseurs de la contraception, ainsi qu'une revue thématique sur les représentations des hommes sur la pratique de la contraception moderne des femmes, les relations du genre au sein du couple sur la contraception moderne de la femme et les besoins et attentes des hommes sur l'offre de la contraception moderne.

1.2.1 Définition des concepts clés

□ Déterminants

Les déterminants sont les facteurs, les causes liées les unes aux autres et qui pourraient agir sur une décision, un phénomène (Fassassi, 2007: 36). Matungulu et al., pensent que le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé (Matungulu & al., 2015). Zakari Congo a considéré les grandes catégories de déterminants comme l'âge, le sexe et les facteurs héréditaires, les comportements individuels (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...), les réseaux sociaux dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales (Congo, 2007). Dans notre étude, la compréhension de « déterminants de l'attitude des hommes » concerne les raisons d'ordre psychologique (représentations des hommes sur la contraception moderne), socioculturel (relations du genre au sein du couple sur la PCM des femmes), institutionnel (offre des services de contraception moderne et les stratégies impliquant les hommes) qui amènent les hommes à avoir une attitude favorable ou défavorable face à la PCM des femmes.

□ Attitudes des hommes

L'attitude recouvre plusieurs significations selon les champs disciplinaires. Toutefois, la psychologie sociale à qui on doit les origines de l'attitude, en a fait son champ privilégié. Introduit pour la première fois par deux sociologues en 1918 à travers leur étude sur la façon dont les paysans polonais s'intégraient aux Etats-Unis ou en Europe, Thomas et Znaniecki définissent la notion de l'attitude comme un état d'esprit qui détermine un individu à formuler une opinion, à agir d'une certaine façon à l'égard d'un objet social (Thomas, William & Znaniecki Florian 1927; cités par Chapoulie, 2001). L'attitude est « un état mental et neuropsychologique, organisé à la suite de l'expérience et qui exerce une influence directrice et dynamique sur la réponse de l'individu à tous les objets et à toutes les situations qui s'y rapportent. Elle est une variable qui prépare l'individu à agir d'une certaine manière à l'égard d'un objet donné » (Allport Gordon W., cité par Bérubé, 2013: 5). Parlant donc de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes, il est mis en cause les réactions favorables ou défavorables des hommes vivant en couple par rapport à la PCM des femmes. Ces réactions favorables renvoient donc à l'acceptation de la PCM des femmes par les hommes qui demeure un prélude à leur pratique effective de la contraception (Lundgren R, Cachan J, & Jennings V, 2012) et à l'émergence d'un leadership aux côtés des femmes pour la promotion de la PCM (Yaméogo W, Kouanda, & Bado, 2011). De ces définitions, nous retenons dans le cadre de notre étude que l'attitude des hommes face à la PCM des femmes fait référence au fait pour eux d'être soit favorables et approuver ou soit défavorables et désapprouver l'usage des contraceptifs modernes par leurs femmes.

☐ Planification familiale

La PF se définit comme « la possibilité pour les individus et les couples de choisir librement le nombre de leurs enfants, et le moment de les avoir » (OMS, 2011). Pour le Ministère de la santé, la PF se réfère à l'ensemble des moyens techniques, psychologiques, éducatifs qui permettent aux couples et aux individus d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilités et de leurs désirs, d'éviter les grossesses non désirées, de favoriser les naissances

désirées, d'espacer les naissances et de déterminer le nombre d'enfants qu'ils souhaitent. Les méthodes contraceptives sont : (i) les méthodes traditionnelles (séparation du couple, abstinence totale, etc.); (ii) les méthodes naturelles (calendrier, température, glaire cervicale, MAMA exclusif, collier, etc.); (iii) les méthodes hormonales: pilules (comprimés oraux progestatifs; comprimés oraux combinés), les injectables, les implants (iv) et les méthodes de barrières mécaniques et chimiques (condom masculin, condom féminin, spermicides; DIU; vasectomie, ligature des trompes) (DSF, 2010). Somme toute, cette définition souligne trois aspects qui se prêtent à notre compréhension à savoir, la liberté de choix du moment d'avoir une grossesse, l'espacement et la limitation des naissances.

☐ Pratique de la contraception moderne

L'OMS (2006) définit la pratique de la contraception moderne comme étant l'utilisation d'un ensemble de procédés (chimiques et mécaniques pour la plupart) à caractère permanent ou non, destinés à prévenir la grossesse ou l'empêcher, de façon réversible, temporaire ou définitive. Ces méthodes modernes de contraception correspondent aux méthodes hormonales : pilule progestative, pilule combinée, les injectables, les implants sous cutanés et méthodes de barrières mécaniques et chimiques: condom féminin, spermicides ; DIU ; ligature des trompes (OMS, 2006). De ce qui précède, la pratique de la contraception moderne des femmes correspond dans notre étude à l'utilisation d'une des méthodes modernes de contraception par une femme en union, pendant la période de la collecte des données.

1.2.2 Contraception, entre tradition et modernité

Une interface efficace entre tradition et modernité ne peut faire l'économie de prendre en compte les savoirs locaux (Idogo & Moné, 2016). Ainsi, pouvoir impliquer les hommes du milieu rural dans la contraception moderne, nécessite d'abord une meilleure connaissance des pratiques de contraception qui existent dans leurs milieux. Nous nous intéressons dans ces paragraphes à relater quelques pratiques afin de faire un parallèle entre ces pratiques de contraceptions traditionnelles et celles modernes analysées dans le cadre de notre travail.

En Afrique traditionnelle, les pratiques contraceptives dites naturelles existent dans la plupart des sociétés. Ces pratiques sont généralement fondées entre autre sur l'abstinence périodique, les croyances mystiques et des connaissances pharmacologiques traditionnelles. La fécondité est généralement qualifiée de naturelle dans la mesure où elle se manifeste principalement dans le cadre du mariage. L'espacement des naissances est fondamental et reste une préoccupation dans la vie de la femme (OMS, 2011). A titre illustratif, chez les Havu de l'Est du Congo-Démocratique, la femme qui n'espace pas ses naissances est taxée de «kulikisa», la paresseuse, dans la mesure où avec des grossesses très rapprochées, elle sera dispensée de ses tâches agricoles (Zra, 2008). La femme est traitée de «Seremuso» au Mali, c'est-à-dire une femme légère qui aime le sexe et dont le retour de couches est précoce (Lenan, 2009). Dans la culture africaine, l'espacement des naissances est impératif et est une nécessité dont son principal but est de maintenir un certain équilibre entre les rôles procréatifs et productifs de la femme (Zra, 2008). Chez les Havu de l'Est du Congo-Démocratique, parmi toutes les méthodes traditionnelles pratiquées, l'abstinence du post-partum est la plus répandue. Elle est fondée sur le désir d'éviter une nouvelle grossesse avant que l'enfant n'est environ deux ans. A cet effet, la mère est renvoyée avec son bébé chez ses parents afin de leur montrer ce nouveau-né, pendant une période relativement longue (Zra, 2008). Ainsi, certaines croyances sous-tendent parfois l'abstinence périodique. C'est le cas du Mali où l'on pense que la semence masculine, en se répandant dans le corps de la mère, empoisonne le lait maternel et provoque chez le nourrisson de fortes diarrhées. En plus, il est admis au Mali que, l'élévation de la température de la mère au moment des rapports sexuels bouche les canaux du mamelon et diminue la ration du lait dont dispose le bébé. Chez les Bamilékés au Cameroun, il est prétexté que l'enfant dont la mère a des relations sexuelles pendant les douze premiers mois suivant l'accouchement est exposé aux «agnos» qui sont les diarrhées, fièvres et rhumes (La Plante & Soumaoro (1973); cité par Lenan, 2009).

Au Burkina Faso, l'enquête EDS IV montre que le recours aux méthodes traditionnelles pour limiter les naissances s'observe dans une proportion de 5% des femmes en union (EDS, 2010). Prenant l'exemple de la société Moaga, quand on se réfère aux sémiologies populaires, l'on se rend compte que l'espacement des naissances est promu. Ainsi, le «pondré» ou le «Yandembila» sont des noms utilisés pour désigner un enfant souffreteux et malnutri causés par le non-respect de l'espacement idéal de naissance de 2 à 3 ans. (Idogo & Moné, 2016).

De ce qui précède, tout semble indiquer que la quête de la contraception n'est pas un fait nouveau pour les sociétés africaines. À toutes les époques, les hommes et les femmes ont essayé de séparer le sexe pour le plaisir du sexe à des fins de reproduction (Zra, 2008). Dès lors, partant de notre question de recherche, pourquoi malgré une culture favorable à un espacement de naissance et de répugnance des grossesses rapprochées, la PCM par les femmes ne semble pas rencontrer l'assentiment de tous hommes en milieu rural? Autrement dit, qu'est ce qui peut amener les hommes du milieu rural à être défavorables ou favorables à la PCM des femmes?

1.2.3 Théories précurseurs de la promotion de la planification familiale

1.2.3.1 Théorie malthusienne

L'idée de planification familiale a été évoquée pour la première fois par l'économiste Thomas Robert Malthus en 1798. La théorie malthusienne prône la restriction démographique. En effet, il part du constat selon lequel la population croît selon une progression géométrique tandis que les ressources croissent selon une progression arithmétique. Par ailleurs, la capacité de la population à se reproduire est illimitée alors que la capacité de production des moyens de subsistance est nécessairement limitée. Malthus aboutit ainsi au fait que la population doit volontairement accepter de limiter sa croissance. Pour ce faire, il affirme que le recul de l'âge au mariage accompagné de la chasteté est le seul moyen moral pour y arriver. Mais, pour Malthus le recours aux méthodes contraceptives et à l'avortement est immoral (Malthus & al., 1845). Il s'agit là d'un courant de pensée théorique qui est favorable à la limitation des naissances par la contraception naturelle. Cependant, des critiques pourraient découler de l'analyse de cette théorie. Les indicateurs de réussite qui sont prônés sont le recul de l'âge au mariage accompagné de la chasteté et la baisse des indices de fécondité chez les femmes. On ne s'adresse qu'aux femmes, au détriment des hommes, dont les besoins de procréation ne sont même pas mesurés. On ne développe donc que des approches féminines de régulation des naissances. Des approches pour le moins peu réalistes puisqu'elles ne prenaient pas en compte l'homme dont la place et le rôle dans la procréation sont pourtant déterminants, surtout au sein des sociétés patrilinéaires. A ce propos, Gautier, (2002) pense que le réalisme voudrait donc que l'on implique davantage l'homme dans les stratégies mises en œuvre, car la réussite des programmes de planification familiale en dépend. Il affirme que : « dans le contexte du milieu rural, si les femmes font les enfants, c'est souvent au profit des hommes, pour qui ils travailleront ou qui les marieront et recevront la dot le cas échéant. La fécondité décisive devait prendre en compte les hommes » (Gautier, 2002 :4).

1.2.3.2 Théorie féministe

Contrairement aux malthusiens, les féministes marquent leur approbation pour la contraception moderne tout en soulevant des questions d'équité, de justice sociale et de droits sexuels et reproductifs. Ils mettent un accent particulier sur le droit des femmes de choisir leur fécondité. Pour ces féministes, l'utilisation de la contraception moderne permet à la femme de maîtriser sa procréation et de ne plus être soumise à la volonté du mari et de la société. En effet, la contraception féminine, en modifiant le statut de la femme, en lui accordant à la fois

liberté et pouvoir de décision, à travers la maîtrise de son propre corps, conduit à un certain équilibre des rôles sociaux de genre (Welzer-Lang, 2013). Cependant, une ambivalence divise donc le monde des féministes quant à la contraception masculine. Certains voient la contraception masculine comme une réactualisation de la domination masculine par le contrôle de la fonction reproductive des femmes, d'autres perçoivent la possibilité de construire un nouveau modèle de masculinité plus responsable dans ce domaine. Cyril Desjeux qui déclare à ce sujet que: « la contraception masculine se heurte alors au scepticisme d'un grand nombre d'acteurs. Certaines femmes craignent de perdre leur autonomie contraceptive, les laboratoires pharmaceutiques jugent la demande trop faible et ne souhaitent pas investir dans son développement et enfin une partie des scientifiques redoute de toucher au corps des hommes» (C. Desjeux, 2012:10).

En plus des éléments ci-dessus mis en exergue de l'exploration de la littérature existante traitant de la question, il se dégage également plusieurs raisons qui déterminent l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception des femmes. A cet effet, il est mis en exergue trois groupes de déterminants: les représentations des hommes, les relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes et l'inadéquation des besoins et attentes des hommes en matière d'offre de service de contraception moderne.

1.2.4 Représentations des hommes sur la pratique de la contraception moderne des femmes

Les représentations sociales des populations induisent en elles des logiques et comportements vis-à-vis des choses ou des phénomènes dans leur vie. Ainsi, les formes de pensée sociale dans le domaine de la santé de la reproduction peuvent donc avoir une influence sur les attitudes des populations vis-à-vis de la contraception. Les valeurs culturelles, les rapports sociaux notamment entre hommes-femmes sont entre autres des facteurs pouvant intervenir dans les connaissances, les compréhensions, les conceptions et les perceptions de la position des hommes par rapport à la contraception.

C'est la raison pour laquelle, Duze & Mohammed & Uzochukwu, et M. Ismaila en 2006 ont trouvé dans leur étude qu'ils ont menée au Nigéria sur « Male Knowledge, Attitudes, and Family Planning Practices in Northern Nigeria » qu'il y a une grande connaissance de la contraception moderne par les femmes et les hommes. L'analyse des effets des variables a montré que les attitudes des hommes ont le plus grand effet direct sur l'usage des contraceptifs par les femmes. Les résultats montrent qu'une attitude généralement positive des hommes envers la contraception moderne des femmes donne 8 à 10 fois plus de chance à la femme de pratiquer la contraception moderne. Toutefois, les auteurs ont remarqué que cette attitude favorable était exprimée chez les hommes, que si et seulement si, on abordait avec eux l'utilisation des contraceptifs pour des raisons d'espacement et/ou des questions sanitaires au lieu des avantages économiques (Duze & Mohammed, op. cit.).

Des résultats similaires ont été retrouvés en 2010 par Okwor E.U et Olaseha I.O. Ils ont mené une étude sur «Married men's perception about spousal use of modern contraceptives: a qualitative study in Ibadan northwest local government area, southwest Nigeria » Les régions du nord-ouest du gouvernement local d'Ibadan et du sud-ouest du Nigeria ont été les milieux de l'étude. Neuf groupes de discussion ont été organisés auprès d'hommes mariés. Certains participants ont perçu les contraceptifs modernes comme un bon moyen de limiter le nombre d'enfants par les couples mariés. Cependant, la plupart d'entre eux s'opposaient à ce qu'une femme utilise une méthode contraceptive moderne et reconnaissaient du même coup ne pas mener de discussion sur la contraception moderne. A ce titre un homme dit «...allowing a woman to use modern contraceptives gives room for infidelity on the part of the woman. It is a mark of disrespect for the man if a woman adopts the use of modern contraceptives without the husband's consent ». ce qui veut dire en traduction libre: « permettre à une femme d'utiliser des contraceptifs modernes lui laisse place à l'infidélité; c'est un manque de respect pour l'homme si une femme décide de l'utilisation de contraceptifs modernes sans le consentement du mari » (Okwor & Olaseha, 2009:25). Il convient de préciser que cette étude, adoptée selon une démarche qualitative, s'est appesantie sur des focus groupes pour explorer les perceptions des hommes mariés sur l'utilisation des contraceptifs modernes par leurs femmes. À l'évidence, il est clair que, si pour étudier les représentations que les hommes se font de la contraception, une méthode qualitative se révèle pertinente, discuter de la contraception qui touche à l'intimité des personnes ne semble pas adéquat dans des focus groupes. Dans les discussions de groupes focalisés, des biais de réserve ou de soumission au groupe pourraient apparaître, car il est possible que certains hommes ne livrent pas leurs points de vue en toute objectivité. Tirant leçon de cette situation, nous nous sommes orienté vers des entretiens individuels semi-structurés en profondeur dans notre étude. Selon toujours l'angle d'analyse des représentations des hommes sur la contraception moderne, on peut s'appuyer sur l'étude de Borrero et al, 2013 sur «Racial and ethnic differences in men's knowledge and attitudes about contraception». L'enquête a été menée auprès d'hommes et de femmes américains âgés de 18 à 29 ans. Les auteures évoquent que, le manque d'information des hommes sur les avantages des contraceptifs ainsi que la peur des effets secondaires constituent pour eux, des raisons de méfiance à l'égard des contraceptifs modernes (Borrero, Farkas, Dehlendorf, & Rocca, 2013).

Dans la même perspective, les résultats des études de Maïga et al., au Mali (Maiga & al., 2007) et de Congo au Burkina (Congo, 2007), ont révélé chacune, que les réserves dont les hommes émettent à l'égard de la PCM des femmes sont liées entre autre à la peur qu'ils ont de perdre le contrôle sur la sexualité de la femme et sur sa fécondité. Andro et Hertrich, ont fait le même constat au Gabon dans leur étude sur « la demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ». Ces auteurs s'aperçoivent qu'au Gabon, l'argument majeur qui amène les hommes à s'opposer à la contraception moderne chez les femmes est le fait qu'elle soit bien souvent perçue comme un moyen d'émancipation féminine avant d'être envisagée comme une méthode de contrôle des naissances (Andro & Hertrich, 2001). À cette fin, on peut noter que la littérature qui aborde les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes d'un point de vue social est pauvre à notre connaissance, alors qu'il résulte de ce qui précède que la réalité de la contraception s'intègre dans un système social. A travers ce présent travail, nous apportons notre contribution pour combler ce gap informationnel.

Pour sa part, Kobiané (2000), dans son étude sur « évolution de la fécondité et planification familiale au Burkina Faso », a, en guise de témoignage des raisons qui amènent les hommes à décider défavorablement que leur femme pratique la contraception moderne, relaté les propos d'un homme en ses termes « il ne faut pas s'opposer à la sortie des enfants qui sont dans le ventre de la femme, faute de connaître la punition réservée à cet effet » (Kobiané, 2000, cité par Congo, 2007:11). Cet homme poursuit en affirmant que «la diffusion des pilules a pour objectif de mettre un terme à la fécondité des femmes en milieu rural » (Ibid.). De même un autre conjoint soutient que: «la pratique contraceptive moderne des femmes est un excellent moyen de perversion et de frivolité pour la femme » (Ibid.).

Cette analyse conforte l'idée selon laquelle, la PCM par les femmes est sous la dépendance de l'attitude des hommes guidée par des représentations sur la contraception. A cet effet, il nous semble intéressant dans notre étude de recueillir directement auprès des hommes les courants de pensée qui les amènent à être favorables ou défavorables sur la PCM des femmes, en nous interrogeant sur les différences qui peuvent exister entre les hommes.

Outre les représentations, d'autres études évoquent les relations du genre au sein du couple sur la contraception moderne de la femme. Qu'en est-il exactement ?

1.2.5 Relations du genre au sein du couple sur la contraception moderne de la femme

Le Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille du Burkina Faso indique, à travers son plan d'action triennal 2011-2013, que le genre doit être analysé sous l'angle des inégalités et des disparités entre hommes et femmes en examinant les différentes catégories sociales dans le but d'une plus grande justice sociale et d'un développement équitable » (Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille-BF, 2010:16). Dans la même page, il est précisé que « la relation du genre dans le couple se réfère aux rapports sociaux entre l'homme et la femme, et aux différences structurelles qui les caractérisent en termes de rôles, de statut et de fonction socialement attribués, et culturellement justifiés, et qui évoluent dans le temps et dans l'espace» (Ibid.).

Pour explorer les implications des relations du genre dans le couple sur la PCM des femmes, Zoungrana et al., en 2008, dans leur étude ont utilisé les données provenant de l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso de 2003 et de l'étude socio-comportementale de 2006 du Ministère de la Santé burkinabè. Ils ont mis en évidence, qu'au Burkina Faso, les hommes s'impliquent faiblement dans les activités de planification familiale malgré une bonne connaissance des méthodes contraceptives modernes. Selon eux, les principaux facteurs qui affectent la participation des hommes à la PF sont d'ordre socioculturel. Les auteurs justifient qu'au-delà des différences observées entre hommes de profils socioculturels différents, les comportements des hommes tirent leur source des rôles et responsabilités que leur attribuent la culture et la tradition. Ils pensent à ce sujet que les leaders d'opinion jouent un rôle crucial dans la transmission des systèmes de valeur et de pratiques culturelles au sein de la communauté sur les comportements démographiques (Zoungrana & al., 2007). Les résultats de l'étude de Cécile M. Zoungrana et al (2007) contrastent quelque peu avec ceux de Mbaye Diouf Ndiaye (2003) dans son étude sur, « Pauvreté, attitudes et pratiques des hommes en matière de planning familial : le cas du quartier de Randoulène Nord à Thiès, au Sénégal» qui a trouvé un niveau de pratique contraceptive de plus de 40%. Mbaye Diouf Ndiaye remarque que contrairement, les jeunes semblent remettre en question cette logique sociale prônée par les plus âgées, comme en atteste cet extrait du rapport du focus group avec les jeunes: «Les rapports au sein du couple doivent être plus égalitaires, mais encore faits d'entente, de collaboration, d'entraide et de concertation mutuelle. Il doit même y avoir deux chefs de ménage» (Ndiaye, 2003 :48). Dans le même ordre d'idées, un autre jeune a déclaré que: «la polygamie et la forte fécondité affectent la santé du couple mère/enfant. De plus, dans l'état actuel des choses, c'est irresponsable de faire des enfants dont les avenirs sont déjà hypothéqués. Actuellement, nous vivons des situations si difficiles, que nous ne souhaitons pas léguer à nos futurs enfants. On aurait souhaité aujourd'hui ne plus dépendre de nos parents, qui ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour nous élever en ces temps de pauvreté généralisée» (Ndiaye, 2003:12).

Partageant cette même critique, Yaméogo W. et al trouvent que la configuration des relations de genre et particulièrement les fondements culturels de l'attitude négative des hommes pour la contraception moderne des femmes semble celle d'une autre époque et non globalisante pour tous les hommes. Ainsi dans les villes africaines, l'idéologie de la domination masculine, pour ne retenir que celle-là, s'effrite en raison de la perte de position économique de certains hommes. Ils vont plus loin dans leur analyse en affirmant que : « dans bien de cas, la légitimité de la domination masculine est mise à mal quand l'homme ne peut plus assurer la survie quotidienne de la maisonnée » (Yaméogo W & al., 2011 :6). Ces résultats forts expressifs nous poussent à nous intéresser à ces variables mises en exergue dans ces études afin de comprendre si elles ont une influence ou non sur l'attitude des hommes face à la PCM des femmes dans le contexte rural du Burkina. Pour Andro et Hertrich (2001), plus l'écart d'âge est grand entre les conjoints et plus il est difficile pour eux et en particulier pour la femme de discuter de la pratique contraceptive. Ils trouvent qu'au Gabon, l'utilisation de la contraception moderne se rencontre dans les couples où l'homme et la femme ont le même âge (13,27%) et dans ceux où l'homme est plus âgé de 1 à 5 ans (11,10%). Les couples où l'homme est plus âgé de 6 à 10 ans occupent la position intermédiaire (10, 44%) et dans ceux où il est plus âgé de 11 ans et plus, la prévalence est la plus faible et est de 9,74% (Andro & Hertrich, 2001). Dodoo, F. et A. Seal ont également relevé que généralement les hommes se marient à des femmes plus jeunes qu'eux. En sus de cela, ils ont relevé une association inverse entre le différentiel d'âge des conjoints dans le couple et la PCM de la femme. Ainsi, ils conviennent que le degré de concordance des attitudes et des opinions varie selon l'écart d'âge entre les partenaires (Dodoo & Seal, 1994).

Il se dégage à la lumière de ces différents résultats, que plus l'écart d'âge est élevé, plus le niveau du différentiel d'autorité entre conjoints est grand. Dans ce contexte, le risque que des discussions entre époux et épouses ne soient pas engagées est important, ou même dans le cas échéant seront discordantes en matière de pratiques contraceptives et de préférence de fécondité. Pourtant, lorsque les conjoints discutent de la contraception et des préférences de fécondité, les chances pour qu'ils finissent par partager des points de vue similaires sont plus importantes que dans le cas contraire. Ainsi, plusieurs auteurs (Dodoo & Seal, 1994; Andro & Hertrich, 2001; Zoungrana & al., 2007) ont essentiellement mis en exergue l'association négative entre la différentielle de l'âge dans le couple et l'adoption d'une méthode de contraception moderne par la femme. Ces études nous éclairent dans notre recherche des déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes en ce sens qu'un de nos objectifs spécifiques a trait à la détermination des relations du genre dans le couple et l'attitude des hommes face à la PCM des femmes. Cependant, nous notons qu'en dehors de l'étude de (Yaméogo W & al., 2011), les autres études se sont préoccupées généralement à quantifier de façon muette la relation entre les déterminants de l'attitude des hommes face à l'utilisation de la contraception moderne par leurs femmes sans pour autant s'aviser sur les arguments en possession de ces hommes en rapport avec leur réticence ou leur acceptation (Dodoo & Seal, 1994; Andro & Hertrich, 2001; Zoungrana & al., 2007). En outre, d'autres études se sont tablées sur des échantillons de femmes pour tirer les conclusions sur les attitudes des hommes. Alors que, selon que l'on considère la pratique (ou la non-pratique) contraceptive comme déterminée par la volonté masculine, les stratégies de collecte portant sur la femme, occultant les points de vue de l'homme donneront des résultats parcellaires. Cette attention portée aux seules femmes dans les recherches en matière de contraception traduit un manque à gagner car selon Salter M.L. & al., les femmes intègrent la position du mari dans le choix d'une méthode contraceptive et si l'on veut saisir les processus de communication et de décision en matière de reproduction, il est donc impératif de prendre en considération le point de vue des hommes (Salter & al., 2008). La démarche s'impose d'autant plus qu'en Afrique subsaharienne l'organisation familiale et les rapports sociaux de genre se font sous le leadership de l'homme (Zoungrana & al., 2007).

Cette analyse précédente révèle que les rapports socialement construits entre les hommes et les femmes sont inégalitaires au détriment de la femme et influencent défavorablement la négociation et le consensus entre les partenaires qui doit aboutir à la pratique contraceptive de la femme. Dans le cadre de ce travail, pour analyser les relations du genre au sein du couple sur la pratique de la contraception de la femme, nous nous sommes intéressé essentiellement à deux aspects : d'une part, la communication sur la pratique de la contraception moderne des femmes en nous basant sur le processus de prise de décisions par rapport au choix contraceptif de la femme, à la négociation entre l'homme et la femme au sujet de la fécondité, au partage

de la responsabilité contraceptive de la femme ; d'autre part à la préférence en matière de fécondité c'est-à-dire le nombre idéal d'enfant, le sexe de l'enfant.

Mais, qu'en est-il de l'offre des services de contraception moderne, qui, selon la des études empiriques, ne sont pas en reste dans l'explication de la désapprobation de la PCM des femmes par les hommes?

1.2.6 Besoins et attentes des hommes sur l'offre des services de contraception moderne

Nous portons notre intérêt dans cette section, à la recension des études en rapport avec les connaissances et les faits probants améliorant notre compréhension des besoins, et attentes des hommes par rapport aux services de santé. L'objectif étant de s'enquérir des raisons de non accessibilité des hommes aux services de contraception moderne d'une part et de comprendre leur jugement par rapport à l'adaptation des services en matière de contraception moderne à leurs besoins, d'autre part.

À cette fin, Yaméogo et al., (2011), explorant les besoins et attentes des hommes en matière d'offre de service de contraception moderne, dans le contexte du Burkina, relèvent que l'accès aux services de contraceptions modernes par les hommes, ne suscite guère un engouement de leur part. Ils notent que de nombreux hommes n'utilisent pas les services de contraception parce que ces services à leur disposition ne satisfont pas leurs préférences (Yaméogo W & al., 2011). Ce résultat est corroboré par International Planned Parenthood Federation (IPPF), qui trouve qu'au Burkina Faso, 38 % des hommes de 25 à 54 ans présentaient un besoin non satisfait de contraception (IPPF; 2011, cité par Yaméogo W & al., 2011). En dépit de cela, Yaméogo et al., avancent que: « Nonobstant la connaissance que l'on a des sociétés africaines et des rapports de genre, les programmes de planification familiale ont longtemps été pensés en ayant uniquement les femmes pour cible » (Yaméogo W & al., 2011 :3).

C'est précisément cette situation qui les amènent à la page suivante à penser que « les services de maternité et/ou de Soins Maternel et Infantile (SMI) sont des espaces féminins par excellence au Burkina » (Ibid. :4). A la lumière de cette réflexion, il ressort une remise en cause de la configuration de l'organisation de l'offre de soins qui ne permet pas de construire des interfaces prenant en compte les besoins et les attentes des hommes. Les services de maternité et/ou de SMI de par leurs configurations sont des espaces où la présence des hommes ne saura se justifier au-delà de l'accompagnement de la femme. Cet accès réservé qu'aux femmes met les hommes en dehors du processus de choix de la méthode contraceptive. Cet aspect suscite pour nous un grand intérêt dans le cadre de notre étude.

En 2012, les résultats de l'étude de Ditekemena et al., sur les déterminants de la participation des hommes aux services de santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne appuient ceux de Yaméogo et al., (Yaméogo W & al., 2011). Cette étude est une revue systématique de 34 études qui ont rapporté la participation masculine aux services de SMI et de prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH. En bref, les résultats ressortent que des facteurs liés aux services de santé tels le mauvais accueil, le comportement négligeant des prestataires de santé amènent les hommes à avoir une attitude défavorable pour l'utilisation des services de santé par les femmes. (Ditekemena & al., 2012). Selon cet angle d'analyse, nous avons bien de la peine à ne pas penser que les hommes, qui font souvent partie de la main-d'œuvre rémunérée ou utilitaire, ne soient souvent pas en mesure de consacrer pratiquement toute la journée à participer à ces services de SMI, même s'ils ont la volonté d'accompagner et d'y participer aux côtés de leurs femmes.

Une autre étude évocatrice sur la non prise en compte du partenaire masculin dans les services de santé est celle de Theuring S et al, (2009), qui a permis l'analyse de la participation des hommes aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) dans la région de Mbeya en Tanzanie. L'objectif de leur étude a consisté à évaluer les attitudes des hommes à l'égard de la participation des partenaires aux services PTME à travers 124 entrevues individuelles et six discussions de groupes de discussion. Les résultats ont révélé en substance que les partenaires masculins accompagnateurs sont considérés comme un fardeau supplémentaire par les prestataires des services de santé à cause de la surcharge de travail, du stress et des conditions de travail dans les structures dont les ressources sont très limitées (Theuring & al., 2009). Les résultats de l'étude ci-dessus citée corroborent avec ceux de Onyango et al, qui ont exploré les facteurs qui influent sur la participation des hommes à la santé génésique dans l'ouest du Kenya. Un plan d'étude qualitatif a été utilisé. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues approfondies et de discussions de groupes de discussion dans trois provinces du Kenya (Nyanza, la province de l'Ouest et la province de la vallée du Rift). Les principaux résultats de cette étude montrent que les facteurs qui influent sur la participation des hommes à la santé en matière de procréation sont les normes de genre et les approches traditionnelles utilisées par les services de santé pour mettre en œuvre les programmes de santé génésique et de planification familiale. (Onyango & al., 2010). Dans ces circonstances, il faut toutefois en déduire que le soin d'informer et de convaincre le conjoint sur l'intérêt de son utilisation d'une méthode contraceptive est généralement confié à la femme qui cependant, a peu de pouvoir ou même des arguments requis pour le faire de manière appropriée et persuasive (Onyango & al., 2010 ; Theuring & al., 2009 ; Ditekemena & al., 2012; Yaméogo W & al., 2011). Si l'on se fonde sur ce raisonnement, nous convenons avec les auteurs ci-dessus que les informations fournies aux hommes par les femmes ne sont pas fameuses et ne sont pas à même de leur permettre de décider de façon libre et responsable de manière équitable aux côtés de leurs femmes de l'utilisation de la contraception.

Pour clore sur cette section, nous notons que les auteurs mettent en évidence une certitude selon laquelle, l'organisation de l'offre des services de contraception moderne doit permettre de construire des interfaces prenant en compte les besoins et les attentes des hommes. Outre cela, les facteurs d'opportunité se référant aux facteurs institutionnels ou structurels qui influencent les chances que les hommes approuvent et/ou permettent à leurs femmes de recourir à la contraception moderne sont notamment la disponibilité, l'attrait et la qualité des soins. Cependant, ces études ont exploré ces aspects de l'adéquation de l'offre des services de contraception avec les besoins des hommes en faisant des observations couplées ou non à des interviews adressés aux prestataires (Onyango & al., 2010; Theuring & al., 2009; Désalliers, 2008). Deux d'entre eux ont été réalisées par le biais de revues systématiques (Ditekemena & al., 2012 ; Yaméogo W & al., 2011). Dans le cadre de notre travail, nous allons au-delà de l'analyse selon le prisme du chercheur et/ou des agents de santé, de l'adéquation de l'offre des services de contraception avec les besoins des hommes. Nous nous sommes inscrit dans une logique de comprendre en profondeur les raisons de ces besoins non satisfaits auprès directement des hommes eux-mêmes.

Au total, après le tour d'horizon des écrits, pourquoi menons-nous cette étude malgré les résultats forts enrichissants relevés ? Tout d'abord, outre la nécessité d'effectuer des études semblables dans le contexte du Burkina Faso, plusieurs de ces études ont concerné la recherche des déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes selon des méthodes quantitatives (Delphine, 2015; Adewuyi & Ogunjuyigbe, 2003; Matungulu & al., 2015; Congo, 2007; Zra, 2008). En effet, ces études ont dans la plupart du temps dégagé le profil des «utilisatrices» et des «non-utilisatrices» et ont identifié les caractéristiques de chaque catégorie de femmes afin de comprendre les facteurs qui favorisent ou entravent la pratique contraceptive. Pourtant, comme le reconnait Robert K. Yin, un phénomène social à l'étude ne saurait être expliqué uniquement par des chiffres, selon de telles méthodes (Yin, 2003). Ainsi, dans le cadre de notre travail nous ne cherchons donc pas à quantifier les différents déterminants, mais nous cherchons plutôt à comprendre les tendances générales qui ressortent du discours des répondants du milieu rural sur la contraception. Dans cette vision, plusieurs des études ci-dessus analysées ont utilisé des méthodes qualitatives, mais leurs échantillons étaient constitués de femmes qui ont agi comme proxy, en faisant part des déterminants de l'attitude des hommes face à leur PCM (C. Desjeux, 2012 ; Tessema, 2002 ; Ndiaye, 2003; Fassassi, 2007: 36; Okwor & Olaseha, 2009:25; Désalliers, 2008). Certaines ont tout de même sélectionné des hommes dans leur échantillonnage, mais ceux-ci étaient venus au centre de santé pour accompagner leur femme (Smet, 2012 ; Lundgren R, Cachan J, & Jennings V, 2012; Anoua, 2016). Dans ces études, on peut penser qu'il existerait un biais de sélection puisque les hommes sélectionnés peuvent constituer des cas exemplaires et leurs opinions pourraient ainsi ne pas refléter toute la réalité. La plus-value de notre étude réside dans le fait que son échantillon est à représentation diversifiée, constituée à partir d'une technique de variation maximale et les enquêtés recrutés de façon fortuite dans la communauté. Dans un autre ordre d'idées, nous avions apporté notre avis critique par rapport aux études qui ont employé les techniques de focus groupes (Kobiané, 2000 ; Zoungrana & al., 2007; Onyango & al., 2010; ASMADE, 2014). A partir du moment où la pratique de la contraception relève de l'intimité des couples, les hommes pourraient éprouver des gênes à s'exprimer par rapport à ce sujet à travers les focus groupes. Les autres biais liés au focus groupe sont en rapport avec l'effet de soumission au groupe : un individu interrogé dans un groupe peut être influencé par les réponses préalables des autres membres, même si celles-ci ne lui conviennent pas. En outre, une autre critique que nous avions relevé dans la recension concernent les auteurs qui ont évalué les besoins et attentes des hommes en matière de services de contraceptions modernes soit auprès des prestataires de services de santé (Theuring & al., 2009; Andro & Hertrich, 2001); soit en réalisant des analyses normatives (Yaméogo W. & al., 2011; Ditekemena & al., 2012). Notre étude, elle, analyse directement l'avis des hommes par rapport aux questions essentielles sur l'organisation de l'offre des services de contraception moderne, l'existence des interfaces qui prennent en compte les besoins et attentes des hommes en matière de contraception moderne et leurs implications forte et durable. Le dernier aspect qui différencie notre étude à celles examinées dans la revue de littérature concerne l'objet sur lequel elle porte. La plupart des études ont abordé le sujet sous l'angle de la planification familiale de façon générale qui comprend la contraception moderne (Tessema, 2002; Ndiaye, 2003; Duze & Mohammed, 2006; Zoungrana & al., 2007). Dans notre travail, nous avions opté de nous intéresser uniquement à la contraception moderne, tout en nous disant que les attitudes des hommes face à la PF pourraient se différer lorsque l'on considère spécifiquement le seul aspect de la contraception moderne. A l'issue de ce deuxième chapitre dont l'objectif était de passer en revue les travaux antérieurs effectués dans le domaine de la contraception, nous aimerions reconnaître en toute modestie que cette revue est loin d'être exhaustive. Qu'à cela ne tienne, il ressort que les déterminants qui interviennent dans la variation de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes sont multiples. Parmi eux, nous avons identifié trois thématiques explicatives : (i) les représentations des hommes sur la PCM des femmes, (ii) les relations de genre au sein du couple sur la PCM des femmes, (iii) les attentes et les besoins des hommes en matière de service contraception moderne. C'est autour de ces trois thématiques explicatives que nous focalisons notre réflexion. Il s'agit pour la prochaine étape de les opérationnaliser.

1.3 Identification des thèmes et sous thèmes

Comme il l'a été précédemment évoqué, les trois thématiques explicatives ci-dessus identifiées donnent lieu dans cette section, de présenter les thèmes et sous thèmes de l'étude. Nous avons identifié deux par représentation thématique. Une représentation thématique principale qui est « l'attitude des hommes face à la PCM des femmes» ; des représentations thématiques secondaires qui sont au nombre de trois : ce sont « les représentations des hommes sur la contraception moderne », « les relations de genre au sein du couple sur la PCM des femmes », « l'offre des services de contraception moderne et les stratégies impliquant les hommes ». Le tableau suivant fait la synthèse de l'opérationnalisation des représentations thématiques.

Tableau 1 : Récapitulatif de l'opérationnalisation des représentations thématiques

Représentation thématique	Thèmes	Sous-thèmes
Attitude favorable ou	Attitude des hommes face à la PCM des	Attitudes d'approbation
1 1		Attitudes de désapprobation
determinent leur attitude tace	hommes sur la PCM	Connaissances des hommes sur les méthodes contraceptives modernes
à la PCM des femmes en milieu rural burkinabè	des femmes	Perceptions des hommes sur les méthodes contraceptives modernes

Représentation thématique	Thèmes	Sous-thèmes
Relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive sont	Relations de genre au	Communication dans le couple sur la pratique de la contraception moderne
		Communication dans le couple sur la préférence en matière de fécondité
	Desoms et attentes	Accessibilité des services de contraception moderne
de service de contraception matière d'offre de moderne déterminent leur service de	Adaptation des services de contraception moderne aux besoins des hommes	
	1	Qualité de l'offre de la contraception moderne

Les thèmes sont déclinés en sous thèmes. En effet, nous gardons à l'esprit que l'approche d'étude exploratoire sur laquelle est basée notre recherche fait que ces thèmes sous thèmes, n'ont pas été figés. Les verbatims sur le terrain nous ont autorisés à peaufiner ces thèmes. L'importance de définir ces thèmes et sous-thèmes réside dans le fait qu'elles nous ont orientées dans la construction de notre grille d'entretien. A présent, décrivons le milieu de l'étude.

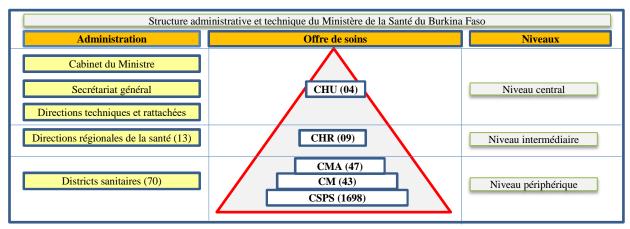
CHAPITRE II

Présentation du milieu de l'étude

CHAPITRE II: CONTEXTE DE L'ETUDE

2.1 Aperçu sur le Burkina Faso

En 2015, le Burkina Faso comptait 4 Centres hospitaliers universitaires, 9 centres hospitaliers régionaux, 47 Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), 43 Centres médicaux, 1 698 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 119 dispensaires isolés, 12 maternités isolées et 395 formations sanitaires privées de soins hospitaliers ou non hospitaliers. D'une manière générale, la répartition des infrastructures sanitaires est disparate selon les régions (Annuaire statistique/MS, 2016). La prévalence contraceptive est restée faible et se chiffre à 22,5% en 2015. Elle est de 30,8 % en milieu urbain, contre 10,8 % en milieu rural (EMDS-BF, 2015). Le schéma suivant donne l'organisation administrative et technique du Ministère de la Santé.

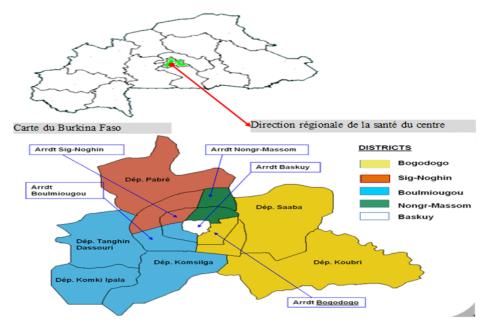


Source : Schématisée à partir des données de la direction générale des études et des statistiques sectorielles, 2016

Figure 1 : Structure administrative et technique du Ministère de la Santé du Burkina Faso

2.2 Aperçu sur la Direction régionale de la santé du Centre

La DRS du Centre est l'une des treize régions sanitaires que compte le Burkina Faso. Elle compte 12 communes urbaines, 5 communes rurales qui sont Komsilga, Koubri, Pabré, Saaba, Tanghin-Dassouri et des villages. Sur le plan sanitaire la région compte trois CHU, et cinq districts sanitaires à savoir Bogodogo, Baskuy, Boulmiougou, Nongr-massom et Sig-noghin. La région sanitaire du Centre a une superficie de 2869 Km² (DRS/Centre, 2016). Elle est située dans la partie centrale du pays. La figure suivante donne la carte administrative de la région sanitaire du Centre. La moyenne régionale du taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 31,2 % en 2015 (Annuaire statistique/MS, 2015).

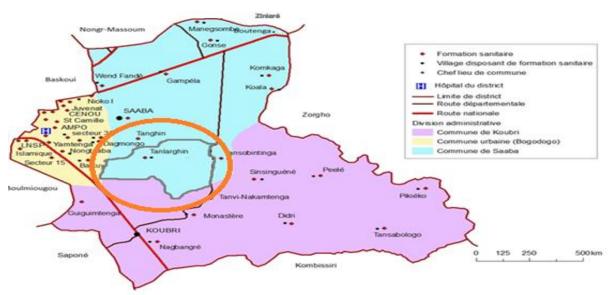


Source: Institut géographique du Burkina (IGB)/extrait du plan d'action 2016 de la DRS du Centre

Figure 2 : Carte de la direction régionale de la santé du Centre

2.3 Aperçu sur le district sanitaire de Bogodogo

Notre cadre d'étude est le district sanitaire de Bogodogo qui couvre 3 arrondissements et 2 communes rurales (Koubri et Saaba) qui contiennent des villages dont Tanlarghin notre champ d'étude. La figure suivante donne la carte sanitaire de Bogodogo.



Source: Institut géographique du Burkina (IGB)/extrait du plan d'action 2016 du district sanitaire de Bogodogo

Figure 3 : Carte administrative du district sanitaire de Bogodogo

Le district sanitaire de Bogodogo compte 107 formations sanitaires dont 52 formations sanitaires publiques et confessionnelles (District sanitaire de Bogodogo, 2016). Il est l'un des cinq districts de la région du Centre et son taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes s'établit en 2015 à 28,43%, un niveau qui est sensiblement égal à la moyenne nationale qui est de 31,1% (Annuaire statistique/MS, 2015).

2.4 Présentation du champ d'étude, village de Tanlarghin

2.4.1 Données géographiques

La figure suivante donne les contours géographiques du village de Tanlarghin.



Source: Extrait du plan d'action 2017 du centre de santé et de promotion sociale de Tanlarghin

Figure 4 : Carte du village de Tanlarghin

Le village de Tanlarghin relève de la commune rurale de Saaba et est situé à 9 km du cheflieu. Il est situé à 25 km au Nord-Est du District Sanitaire de Bogodogo ; il est limité : au Nord par le village de Tanghin ; au Sud par le village de Koubri Nagbangre ; à l'Est par le village de Tansobintinga et à l'Ouest par le village de Balkuy. Le relief est celui du plateau Mossi. Quelques collines de faible altitude composent ce relief. Le climat est de type soudanien marqué par deux saisons : une saison sèche allant de Novembre à Mai et une saison pluvieuse allant de Juin à Octobre (CSPS de Tanlarghin, 2016). Le village de Tanlarghin est composé de huit (08) quartiers qui sont : Toessin, Wassoudi, Tanghin, Tanlarkougrin, Nakomgo, Kossoghin, Yagbgo, Naarotin.

2.4.2 Données socioéconomiques et culturelles

Le village de Tanlarghin compte environ 4 412 habitants en 2017. Comme structures sociales de développement, il existe un centre de santé et de promotion sociale et une école primaire à six classes. L'agriculture et l'élevage restent les principales activités économiques de la population. Le village de Tanlarghin a un marché animé tous les 3 jours. La maraîcher culture occupe une place non négligeable dans l'économie de l'aire sanitaire. (CSPS de Tanlarghin, 2016) L'activité principale des hommes est l'agriculture et l'élevage tandis que les femmes s'adonnent au jardinage et au petit commerce de légumes. Du point de vue culturel, c'est un peuple conservateur de la tradition avec quelques habitudes influencées par le modernisme. Ainsi, des pratiques néfastes telles que l'excision, le mariage forcé persistent dans l'aire. Par ailleurs, certaines circonstances de grandes rencontres comme les baptêmes, les mariages, les funérailles, les dimanches coïncidant avec les jours de marché (chaque 21 jour) sont sources de grand rassemblement (Ibid.). Le village de Tanlarghin a un marché animé tous les 3 jours. Le maraîchage occupe une place non négligeable dans l'économie de l'aire sanitaire. L'habitat est de type traditionnel en banco avec des conditions d'assainissement précaires dues au manque de latrine dans presque toutes les concessions et une mauvaise élimination des eaux usées. La population du village de Tanlarghin regroupe les ethnies Mossi et peulhs. Les religions pratiquées sont essentiellement l'Islam; le Christianisme et l'Animisme. Sous la forme informelle, la médecine traditionnelle y est pratiquée. Une partie de la population migre dans l'aire sanitaire de Tonsobintinga en saison pluvieuse pour les travaux champêtres (Ibid.).

2.4.3 Données sanitaires

Dans le CSPS, il est offert des prestations en rapport avec la contraception moderne. Les méthodes contraceptives offertes sont : les pilules, les injectables (le dépo-provera et Sayana Press), les méthodes de barrières (préservatifs féminins et masculins), les implants (le Jadel) et le dispositif intra-utérin. Les prestataires des méthodes contraceptives sont l'Infirmier chef de poste qui est un IDE et l'accoucheuse auxiliaire qui ont été formés avec l'appui de Médicus Delmondo à l'administration des méthodes contraceptives suivantes (DIU, Jadel et Sayana Press). Le tableau suivant donne l'évolution du taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes de 2013 à 2015 du CSPS de Tanlarghin.

Tableau 2 : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes de 2013 à 2015 du CSPS de Tanlarghin comparé à la moyenne du DS de Bogodogo

Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	2013	2014	2015
Centre de santé et de promotion sociale de Tanlarghin	18%	14%	16%
Moyenne du district sanitaire de Bogodogo	35,21%	30%	28,43 %

Source: plan d'action 2016 du CSPS de Tanlarghin

Le CSPS de Tanlarghin connaît depuis les trois dernières années des taux d'utilisation de la contraception moderne par les femmes les plus faibles du district sanitaire de Bogodogo. Il s'établit à 18% en 2013, 14% en 2014, 16% en 2015 (CSPS de Tanlarghin, 2016) contre une moyenne annuelle du district qui est respectivement de 35,21%, 30% et 28,4%).

A présent, décrivons la démarche méthodologique de cette étude.

CHAPITRE III

Méthodologie de l'étude

CHAPITRE III: METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Ce chapitre décrit le dispositif mis en place pour collecter les données en vue de découvrir les raisons qui amènent les hommes à avoir une attitude favorable ou défavorable à la PCM des femmes. Elle commence par la justification du choix du type d'étude. Viennent par la suite, la démarche méthodologique de choix du cas à l'étude, la description de la population d'étude et l'échantillonnage. S'en sont suivis les techniques de collecte employées pour la collecte des données. Après avoir fait cas des méthodes d'analyse, des critères de scientificité de notre étude, des considérations éthiques, ce chapitre prend fin par les difficultés rencontrées.

3.1 Devis de recherche

Une approche qualitative avec un devis de recherche de type "étude de cas unique, holistique à visée exploratoire" selon la typologie de Yin a été utilisée. Pour lui, les études qualitatives sont indiquées dans les recherches portant sur des phénomènes sociaux difficilement quantifiables (Yin, 2009). Si l'on se fonde sur ce raisonnement, tout semble indiquer qu'une méthode qualitative est convenable pour comprendre les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes. Quant à l'étude de cas, des travaux de référence ont participé à établir sa légitimité (Stake, 2009 ; Guba, Lincoln, & al., 1994). Selon Yin, l'étude de cas est indiquée dans les recherches qui étudient un phénomène dans son contexte dont les frontières n'apparaissent pas clairement. (Yin, 2003). Ainsi, notre thème traite (i) d'une problématique contemporaine (attitude des hommes face à la PCM des femmes), (ii) caractérisée par le fait que ses frontières ne sont pas claires (pourquoi certains hommes sont favorables à la PCM des femmes et d'autres défavorables?). Une lecture croisée des définitions (Yin, 2009; Stake, 2009; Guba et al., 1994) prouve à suffisance une congruence du type d'étude avec la problématique sur laquelle porte notre recherche.

3.2 Cas à l'étude

Le cas à l'étude concerne le village de Tanlarghin, un des 52 villages que compte le district sanitaire de Bogodogo dans la région du Centre.

3.2.1 Démarche méthodologique de choix du cas à l'étude

La démarche méthodologique de choix du cas à l'étude est fondée sur des éléments de contraste tels que préconisé par (Yin, 2003). Ainsi, nous avons considéré trois niveaux d'échantillonnage.

Dans un premier temps, nous avons choisi la région sanitaire du Centre qui présente une situation contrastée de toutes les régions du pays en 2015. Elle a eu le taux de prévalence contraceptive le plus élevé (42,40% contre 22,5% pour la moyenne nationale) alors qu'elle rattache à la fois des zones rurales à très faibles taux d'utilisation des méthodes de contraception moderne et des zones urbaines à très forts taux d'utilisation des méthodes de contraception moderne (EMDS-BF, 2015).

Dans un deuxième temps, nous avons sélectionné le district sanitaire de Bogodogo, faisant partie de la région sanitaire du Centre, qui possède le taux d'utilisation des méthodes contraceptives le plus faible de la région du Centre, se chiffrant à 28,4% contre une moyenne régionale de 31,2% (Annuaire statistique/MS, 2015).

Enfin, dans le district sanitaire de Bogodogo, nous avons sélectionné le village de Tanlarghin comme champ d'étude pour deux raisons principales.

Tout d'abord il possède le plus faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes parmi les 52 villages du district (District sanitaire de Bogodogo, 2016). Cette contreperformance que connait ce village est persistante pour les trois dernières années : 18% en 2013, 14% en 2014, 16% en 2015 contre une moyenne du district qui avoisine 30% pour chaque année (Annuaire statistique/MS, 2015).

La seconde raison est que ce village fait partie de la zone d'intervention de l'organisation non gouvernementale (ONG) Marie Stoppes International (MSI), dont l'activité principale consiste en l'offre gratuite des moyens de contraception modernes ; malgré tout, ce village s'illustre comme la moins répondante avec des faibles taux de prévalence contraceptive par rapport aux autres villages (District sanitaire de Bogodogo, 2016).

Il nous a donc semblé nécessaire de réduire notre objet d'étude à cette fraction à la fois pertinente pour rendre compte du fait, et suffisamment restreinte pour que l'étude soit réalisable dans le contexte pratique de notre mémoire.

3.2.2 Niveau d'analyse choisi

Notre cas a été étudié à travers une seule unité d'analyse à travers un design holistique (Yin, 2009) que sont les hommes vivant en couple avec une femme.

3.2.3 Population à l'étude

Dans le cadre de cette étude, la population à l'étude se constitue des hommes du village de Tanlarghin vivant en couple avec au moins une femme.

3.3 Echantillonnage

3.3.1 Type d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage raisonné à variation maximale. Le principe de variation maximum a été adopté afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème abordé. Ce type, recommandé par plusieurs théoriciens du domaine qualitatif tels, Miles et Huberman; Guba et al., indiquent que ce type d'échantillonnage permet de parvenir à une grande hétérogénéité d'un échantillon de petite taille (Miles, Huberman, & Hlady-Rispal, 2007), (Guba et al., 1994). Pour Bruce et al., cette technique évite de sélectionner un échantillon trop homogène en matière de caractéristiques (Bruce & al., 2008).

3.3.2 Stratégie de recrutement des informateurs clés

Dans le principe de la variation maximale de notre échantillon et afin d'avoir une représentation diversifiée des points de vue, il a été question pour nous, d'assurer une diversification. En ce qui concerne la diversification externe de l'échantillon (critères de différenciation des individus basée sur ses caractères extrinsèques), nous avons veillé à ce que les enquêtés proviennent des huit quartiers qui composent le village et que le profil de pratique contraceptive de leurs femmes soit diffèrent. Pour assurer la diversification interne de l'échantillon (critères de différenciation des individus basée sur ses caractères intrinsèques), une attention particulière a été accordée aux choix des hommes vivant en couple avec une femme selon les profils suivants: l'âge, le différentiel de l'âge avec celui de l'épouse, l'appartenance religieuse, le niveau d'instruction, le nombre de femmes, le régime matrimonial et le nombre d'enfants, afin d'obtenir une diversité dans les réponses. Pour cela, nous avons fait appel à deux approches pour constituer notre échantillon. Pour copter les hommes selon le profil de pratique contraceptive de leur femme, nous avons fait recours à la technique d'échantillonnage séquentiel ou en chaîne de Astier M. Almedom et al., (Almedom, Blumenthal, & Manderson, 1998). Ces auteurs ont relevé que cette stratégie d'échantillonnage, qui est adaptée de Patton (1990) permet de composer un échantillon à variation maximale, en prenant en compte à la fois des informateurs qui sont favorables et des informateurs qui ne sont pas favorables à une pratique médicale tout en passant par des cas d'intérêt pour les identifier. Cette approche a été également employée par Kouadio Koffi Oscar Bodoua en 2013 dans son étude qualitative intitulée « Perceptions sociales et attitudes thérapeutiques associées aux césariennes indiquées en milieu rural de Côte d'Ivoire ». L'échantillonnage séquentiel lui a permis de recruter un groupe d'informateurs clés de la communauté Abbey d'Azaguié-Ahou, composés d'une part, des conjoints dont leurs femmes ont accepté de subir la césarienne et d'autre part des conjoints dont leurs femmes avaient refusé de se faire césariser (Kouadio Koffi Oscar Bodoua, 2013). En s'inspirant de cette démarche, nous avons pu enrôler, dans notre échantillon les hommes dont leurs femmes utilisent les contraceptifs modernes et ceux dont leurs femmes n'en utilisent point. De ce point de vue, nous avons utilisé les deux séquences pour recruter ces deux groupes d'hommes:

la "séquence 1" correspond à l'étape de repérage des cas d'intérêt (CI)

Ces CI se composent d'une part, des femmes qui utilisent la contraception moderne et d'autre part, de celles qui n'utilisent pas la contraception moderne. A cet effet, pendant notre séjour au CSPS, nous avions identifié et constituer une liste de deux groupes de femmes à savoir les utilisatrices et les non utilisatrices de la contraception moderne. De façon pratique, nous avons repéré une soixantaine de femmes dont trente étaient sous contraceptifs et les trente autres n'y étaient pas au cours de cette première séquence.

la "séquence 2" concerne l'identification des informateurs clés (IC)

Ces (CI) sont les conjoints des femmes. Ainsi, deux types d'hommes ont pu être coptés à savoir ceux dont les femmes pratiquent la contraception moderne et ceux dont les femmes n'y pratiquent pas. De ce fait, 24 hommes (n = 24) ont été identifiés dans la communauté de Tanlarghin. Il faut noter que parmi ces 24 hommes enquêtés, 13 hommes ont leurs femmes sous contraceptifs contre 11 dont leurs femmes ne sont pas sous contraceptifs. Parmi les 13 hommes sous contraceptifs 03 ont été repérés parce qu'ils avaient accompagné leurs femmes en SMI pour solliciter les services de contraceptions moderne. Ces hommes ont été recrutées dans les 08 quartiers du village de Tanlarghin (Naarotin; Wassoudi; Yagbgo; Tanlarkougrin; Toessin; Nakomgo; Kossoghin et Tanghin). Ces répondants sont âgés entre 25 et 75 ans. 07 hommes ont moins de 36 ans, 08 hommes ont entre 36 ans et 50 ans et 09 hommes ont plus de 50 ans. Les femmes de ces répondants ont des âges compris entre 20 ans et 66 ans. 20 femmes ont moins de 36 ans, 15 femmes ont entre 36 ans et 50 ans. Trois femmes ont plus de 50 ans. Tous les hommes sont mariés traditionnellement (mariage communément admis dans cette communauté). Pour le mariage civil, 07 sont mariés contre 17 qui vivent en concubinage. Par rapport au régime matrimonial, 13 enquêtés sont monogames et les 11 autres sont polygames. Pour la religion, 10 hommes sont catholiques, 11 sont musulman et 03 sont protestants. Concernant l'occupation, 17 sont cultivateurs, 01 homme est retraité, 1 éleveur, deux commerçant, un jardinier, un menuisier et un chauffeur. A propos du nombre d'enfants par homme, il varie de 1 à 18 avec une moyenne de 7 enfants. Au sujet du niveau d'instruction des enquêtés, 18 hommes sont sans niveau, 03 ont un niveau primaire et 03 ont un niveau secondaire (premier degré). Chez leurs femmes, c'est seulement 04 femmes qui ont un niveau primaire et le reste sont sans niveau. Il faut noter que la recherche des informateurs clés (IC) dans la communauté a été facilitée par un guide que nous avons recruté. Il a été à l'avance averti sur le caractère confidentiel de l'étude. A cet effet, il a signé un engagement de respect des clauses de confidentialité. Son rôle a consisté à nous conduire dans les concessions et à nous identifier les hommes que nous avons retenus à partir des identités de leur femme. Une fois qu'un homme est retrouvé, il participe seulement au témoignage verbal du répondant et se soustrait pour la suite de l'interview.

3.3.3 Critères d'inclusion des répondants dans l'échantillon

Des critères ont été établis pour déterminer l'inclusion des informateurs clés. D'abord, les hommes choisis comme informateurs-clé devaient être âgées d'au moins 18 ans et vivre en couple avec une femme. En plus, il fallait être volontaire pour participer à l'étude et habiter le champ de l'étude.

3.3.4 Critère d'exclusion des répondants de l'échantillon

Les critères d'exclusion ont été le fait d'être un homme connu par l'investigateur ou avoir entretenu une relation de collaboration régulière ou occasionnelle avec lui pendant la période de pré collecte, et ce, afin d'éviter certains biais lors de la collecte.

3.3.5 Taille de l'échantillon

Le nombre d'entretiens n'avait pas été défini à l'avance mais ils ont été réalisés jusqu'à saturation des réponses. En pratique, nous avons interrompu notre enquête lorsque les entretiens consécutifs ne révélaient pas de nouvelles informations. Nous avons obtenu saturations au bout de vingt-et-quatre (24) entretiens.

3.4 Techniques de collecte de données, période et durée de la collecte

Dans le cadre de notre étude, nous avons combiné trois techniques de collecte de données : l'analyse documentaire, les entrevues et l'observation participante. La collecte des données a commencé le 05 avril 2017 et a pris fin le 04 juin 2017 soit deux mois. L'analyse documentaire et l'observation participante ont été menées en même temps du 05 avril au 04 mai 2017 au CSPS de Tanlarghin. Les entrevues ont été conduites dans la communauté de Tanlarghin du 05 mai au 04 juin 2017. Les entrevues ont eu lieu dans les domiciles ou dans les lieux de travail selon les préférences des répondants. Avant le début de chaque entretien, le but, les objectifs de la recherche, l'importance, et la portée de notre étude ont été expliqués à chaque répondant, à qui nous avons demandé aussi le consentement verbal et écrit (fiche d'information et formulaire de consentement respectivement en annexe 6 et 7) sur l'autorisation d'enregistrer les entrevues, d'utiliser les données retranscrites et leurs analyses à des fins scientifiques. Ces entrevues ont eu lieu en "mooré" qui est la langue vernaculaire du village avant d'être retranscrites en français. Chaque entrevue a duré environ 30 à 45 minutes.

3.4.1 Revue documentaire

Nous avons commencé notre collecte de données par la consultation de documents du CSPS dont relève le village de Tanlarghin, champ de notre étude. Ces documents ont été entre autres les registres de prestation, les rapports d'analyse de la mise en œuvre des activités, les rapports de sensibilisation en rapport avec la contraception moderne et les plans d'action du CSPS. Par ailleurs, les documents que possédaient les enquêtés ont été exploités (carnets de santé, cartes PF...). Cela nous a aidé à la préparation des entrevues (premiers types de documents) et à corroborer les informations fournies par les participants (deuxièmes types).

3.4.2 Entrevues semi-structurées

La méthode par entretien a été choisie en raison de la liberté d'expression qu'elle favorise et la diversité des points de vue recherchée. Pour Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, (2009), elle est certes chronophage mais permet d'aborder des sujets plus sensibles (Quivy & Campenhoudt, 2009).

3.4.2.1 Présentation du guide et réalisation de l'entrevue

Le guide est organisé autour de six sections qui nous ont permis de tenir un fil conducteur au cours des entretiens. La première section constitue le préambule et renferme les présentations de l'intervieweur, de l'enquête, des éléments de consentement, du cadre de l'étude et de ses modalités en garantissant l'anonymat. Ces précisions sont données dans un souci de transparence de légitimité. La deuxième section contient les questions et sociodémographiques. Les troisième, quatrième et cinquième sections constituant le corps du guide, sont composées de questions principales ouvertes abordant les thèmes suggérés par nos propositions théoriques: (i) les représentations des hommes sur la PCM des femmes, (ii) les relations de genre au sein du couple sur la PCM des femmes, (iii) les attentes et les besoins des hommes en matière d'offre de service de contraception moderne. Ces questions principales ont permis aux répondants de décrire leurs expériences et de clarifier leurs croyances et leurs perceptions sur la PCM des femmes. Les questions principales sont soutenues par des questions de relance correspondant aux sous thèmes pour permettre aux enquêtés de soutenir leurs propos, d'étayer ou fortifier leurs réponses. Mieux, elles ont permis de recadrer les discours des interviewés de manière à ce que tous les thèmes soient couverts. Nous avons toujours fini la question principale par une question complémentaire ouverte, pour savoir si l'interviewé souhaitait ajouter quelque chose par rapport aux divers axes thématiques abordés. La dernière section a permis aux enquêtés de peaufiner et de clore leurs propos. A travers elle, l'occasion a été donnée à chaque enquêté d'évaluer l'entretien qui a toujours été clos par les remerciements de l'intervieweur. Ces thèmes ont été détaillés en 13 questions ouvertes, neutres et claires ; ce qui nous a permis de susciter le discours tout en lui donnant une structure. En outre, ces entretiens ont constitué pour nous une situation de rencontre et d'échange, et non pas un simple recueil d'informations. Ils ont été menés avec une attitude non directive, absente de jugement, empreinte d'écoute active. Les reformulations et les relances qui ont été utilisées ont favorisé davantage le développement de l'expression des enquêtés. Mieux, les échanges ont été favorisés par le fait que l'enquête a été conduite dans la langue natale des enquêtés*.

3.4.2.2 Elaboration, pré-test et validation du guide d'entretien semi-structuré

Nous nous sommes inspiré du guide d'interview adressé aux hommes dans le cadre de l'analyse situationnelle réalisée pour l'élaboration de la stratégie d'engagement constructif des hommes à la planification familiale développé au Mali par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID, 2009). Après l'adaptation de cette grille, nous l'avons soumise pour amendements à nos encadreurs et à des personnes ressources du bureau de PF de la DSF. Les amendements ont été entre autres, le regroupement de toutes les questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques et leur renvoi à la première partie du guide, les reformulations des questions sous forme neutre, la prise en compte des questions complémentaires et de relance. On peut citer par exemple « Expliquez-moi les raisons liées à l'offre des services de contraception moderne qui amènent les hommes à s'opposer à la pratique contraceptive des femmes » a été reformulé en : « selon vous, quelles seraient les raisons liées à l'offre de services de contraception moderne incitant les hommes à

 $[^]st$ La langue parlée est le "mooré", langue pour laquelle nous nous exprimons aisément

être en faveur ou non de la pratique contraceptive des femmes ? » De même, la question « Expliquez-moi les raisons liées à l'offre de services de contraception moderne qui amènent certains hommes à ne pas vouloir se rendre avec leur femme au centre de santé pour la contraception moderne » a été reformulée en « selon vous, quelles seraient les raisons liées à l'offre de services de contraception moderne incitant les hommes à vouloir ou non accompagner leur femme au centre de santé pour la pratique contraceptive? »

Mieux, dans le but de parfaire la structuration, l'organisation générale et de faciliter sa compréhension par les enquêtés, le guide d'entretien a été pré-testé. Cette mise à l'épreuve de la grille a été réalisée dans le village de Songtaaba le 23 février 2017. Ce village de Songtaaba est voisin à Tanlarghin et les populations vivent à peu près les mêmes réalités. Ce pré-test a concerné un échantillon de trois hommes vivant en couple avec une femme. A l'issue de ce pré-test, nous avons revu entre autre, la formulation de quelques items dont, la question n°2 et 3 qui était respectivement : « Parler nous de ce que les hommes n'aiment pas de la contraception moderne » et « Parlez-nous des facteurs en rapport avec la culture qui amènent les hommes à ne pas accepter que les femmes utilisent la contraception moderne? » Les reformulations ont été respectivement « Selon vous, quels sont les raisons d'ordre culturel qui amènent les hommes à accepter ou à ne pas accepter que les femmes utilisent la contraception moderne? » et « En général, que pensent les hommes de ce village des méthodes contraceptives modernes?»

Ces reformulations ont été nécessaires parce que nous avons remarqué qu'en posant les questions selon leurs énoncés initiaux, on n'avait des objections dans les réponses des enquêtés. Ainsi, il a été procédé à la modification de tous les items qui renvoyaient à des injonctions en des questions ouvertes. C'est l'exemple des items suivants dont les formulations initiales étaient « Parler nous de ce que vous savez de la contraception moderne? » et « Certains hommes préfèrent plus des garçons que filles, d'autres plus des filles que garçons. Enfin il y a n'en qui préfèrent autant les garçons que les filles. Selon vous, quelles sont les raisons qui sous-tendent cela? ». Les reformulations ont été respectivement « Que savez-vous de la contraception moderne? » et « Certains hommes souhaitent davantage avoir des garçons que des filles, d'autres le contraire, d'autres n'ont pas de préférence. Selon vous, pourquoi? »

3.4.3 Observations participantes

Nous avons réalisé ces observations participantes pendant un mois du 05 avril au 04 mai 2017 au CSPS de Tanlarghin. Pour justifier notre présence au CSPS, nous avons demandé à faire un stage. Cela a été officialisé administrativement par la DRS qui nous a accordé une autorisation sur délibération « N°2017-0228/MS/RCEN/DRSC » en annexe 11. A cet effet, nous avons réalisé des observations des prestations de la contraception moderne, les conversations informelles au centre de santé, l'accueil et les interactions entre prestataires et les clientes et surtout des hommes qui accompagnent leurs femmes pour les services de SMI. Nous avons pu observer en marge des activités routinières, cinq séances d'éducation sanitaire. En outre, tout au long du processus de recherche, nous avons inscrit nos réflexions à propos du phénomène à l'étude (raisons de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes) ainsi que de nos interactions avec les enquêtés dans un journal de bord. Parlant de l'intérêt du journal de bord, Thirry Karsenti & Lorraine Savoie-Zajc trouvent qu'ils sont la "mémoire vive" de la recherche car une fois que le travail de terrain est terminé, ils permettront au chercheur de retrouver la dynamique du terrain et de reconstituer les atmosphères qui ont prévalu pendant la collecte. Ces auteurs relèvent que le fait de colliger des notes de site (ce qui s'est passé sur le terrain, concept théorique qui vient en tête lorsque tel ou tel propos est employé, informations à propos de l'accueil sur le site de recherche ou sur la nature des relations avec les enquêtés) et les notes du journal de bord (toute réflexion analytique sur le phénomène à l'étude) permettra au chercheur d'avoir une démarche réflexive et introspective pendant l'analyse (Savoie Zajc & Karsenti, 2000).

En revanche, nous sommes conscient des effets que l'observation, par le regard extérieur qu'elle pose, peut avoir, en influant sur le comportement, et de ce fait, modifier l'attitude des personnes observées. Nous avons donc choisi, pour cette raison, d'aider les agents à travailler et de simplement assister sans chercher à remplir des grilles, en prétextant notre présence au CSPS que pour l'identification des cas d'intérêts (femmes utilisatrices et non utilisatrices de contraception moderne). Ainsi, nous n'avons pas construit de grille d'observation, préférant nous laisser aller « à vivre » ce moment de rencontre, d'une façon spontanée et naturelle.

3.5 Retranscription des données

Les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone digital de type "Goldyip SP-263". Chaque entretien a été transféré sur support informatique sous le format d'un fichier audio MP3 classé par ordre de réalisation. Tous les entretiens ont été retranscrits mot à mot sur l'application Word, de la manière la plus exhaustive possible, sans chercher à reformuler les propos des enquêtés, constituant la base donnée qualitative pour l'analyse. Certains mots ont pu être rajoutés lors de la retranscription, pour signaler des éléments lors de l'entretien (rires, silence...). La durée de retranscription était de 5 à 6 heures pour chaque entretien. Pendant la collecte, il a été dédié un jour par enquêté qui se décompose comme suit : 30 à 45 minutes à la réalisation de l'entrevue, 5 à 6 heures à la retranscription de l'entrevue et 30 à 45 minutes du feed-back au répondant de son verbatim en vue d'une corroboration. Les retranscriptions ont été effectuées en respectant autant que possible le rythme et la spontanéité des participants. Les verbatims ont été anonymisés de telle manière qu'il n'est pas possible d'identifier les participants. La transcription des données a été réalisée dans leur intégralité, le plus fidèlement possible, dans l'ordre de leur réalisation. Pour respecter leur authenticité nous avons tenu à marquer les pauses, les hésitations, les rires, qui entrecoupaient le discours.

3.6 Méthode d'analyse

Nous avons utilisé le modèle d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006), avec l'appui du logiciel R-Based Qualitative Data Analysis (RQDA). Pour ces auteurs, cette méthode d'analyse thématique est adaptée pour analyser les types de données qualitatives en s'appuyant sur une approche inductive qui est la démarche privilégiée du devis d'étude de cas à visée exploratoire que nous avons choisie. Ils trouvent que la compatibilité de cette méthode d'analyse avec l'étude de cas réside dans le fait qu'elle permet, à partir de l'ensemble des données recueillies, d'identifier, d'analyser et de faire émerger les patterns de significations récurrentes et de présenter les thèmes (Braun & Clarke, 2006). Une telle approche est aussi conseillée par Miles et Huberman (2007), qui soutiennent qu'elle répond aux exigences méthodologiques de l'analyse dans les recherches de type exploratoire, car elle permet de partir d'une liste initiale de thèmes et sous thèmes potentiels élaborés pendant la phase conceptuelle qui seront raffinés ou créés au cours de l'analyse (Miles, Huberman, & Hlady-Rispal, 2007). Par ailleurs, en plus de fournir une riche description thématique des données en soulignant les différences et les similarités parmi celles-ci, cette méthode d'analyse thématique se révèle flexible et accessible (Ibid.). Cette méthode comprend six étapes dont les quatre premières ont permis de faire émerger les thèmes récurrents et leurs variations d'un récit à l'autre et les deux dernières ont permis de traiter l'ensemble des entretiens dans leur globalité et de les analyser comme un seul corpus.

3.6.1 Familiarisation avec les données et génération des codes initiaux

Nous avons employé la technique de "la lecture flottante" de Laurence Bardin qui est une lecture intuitive, attentive, très ouverte à toutes idées et consiste à se mettre en contact avec les verbatim, à en faire connaissance à l'aide de lectures répétées tout en laissant venir à soi des impressions, des orientations (Bardin, 2013). En plus, la lecture et les relectures se sont accompagnées d'une mise en relation des entrevues avec les notes du journal et les notes de terrain de nos observations. Cette première étape a permis l'élaboration d'une grille de codification qui nous a servi de base pour l'encodage des données. (Annexe 9). Elle a été élaborée en considérant non seulement les thèmes et sous thèmes qui ont été suggérés par la revue de littérature, mais aussi des thèmes et sous thèmes qui ont émergé des verbatim.

3.6.2 Encodage des verbatims

Pour cette deuxième étape, les verbatims ont été soumis à un codage exhaustif à l'aide de la grille de codification. A cet effet, nous avons utilisé le logiciel R-Based Qualitative Data Analysis (RQDA) version 0.3-0 qui est un logiciel d'analyse qualitative permettant le codage, l'annotation, l'exploration et l'analyse des verbatims. Afin d'illustrer ce processus, un extrait de verbatim d'une entrevue qui a été codé est présenté dans l'annexe 2. Il est à noter que dans cet extrait, la lettre «Q» signifie l'intervieweur, alors que le «H12» identifie le douzième homme qui a participé à l'entrevue. Au fur et à mesure de l'analyse, les codes ont été regroupés dans un tableau permettant de retracer leur provenance et d'identifier les éléments semblables, divergents ou contradictoires mentionnés par les différents informateurs. Un extrait de cette compilation est présenté à titre d'exemple dans l'annexe 3.

3.6.3 Recherche des thèmes

Cette troisième étape a concerné la mise en évidence des thèmes et sous thèmes des verbatim qui sont des unités d'analyse plus larges que les codes. Les unités de sens ou codes ayant une signification commune ont été classées et catégorisées en sous-thèmes, qui ont été regroupés en thèmes. Durant cette étape d'analyse, les relations entre les codes, les sous-thèmes et les thèmes ont été examinées en faisant des représentations thématiques.

3.6.4 Révision des thèmes

À la quatrième étape, les thèmes potentiels élaborés à la phase précédente ont été raffinés avec ceux élaborés à la phase conceptuelle. De plus d'autres thèmes non abordés par nos soins sont apparus lors de cette analyse et ont été créés. Chaque idée exprimée a été prise en compte. Une attention a été portée pour que les données se retrouvant à l'intérieur d'un même thème soient cohérentes entre elles afin de former un pattern significatif. De plus, les représentations thématiques regroupant l'ensemble des thèmes a été développée de façon à former un tout cohérent représentant avec justesse les significations ressortant des données recueillies.

3.6.5 Regroupement des thèmes en représentation thématique

La cinquième étape a débuté par les regroupements thématiques à la suite analyse qui a fait apparaître les thèmes récurrents et leurs variations d'un récit à l'autre, en fonction des caractéristiques des hommes interrogés. Après cela, l'entretien dans sa globalité a été analysé pour saisir les raisons qui amènent les hommes à être favorables ou défavorables à la PCM des femmes. Enfin, l'ensemble des entretiens a été traité comme un seul corpus en tenant compte de ce qui apparait important pour les informateurs clés comme déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes. En synthèse, 170 codes générés pendant l'encodage ont été catégorisés en 34 sous-thèmes. De ces sous-thèmes ont émergé 19 thèmes qui ont été regroupés en 03 représentations thématiques qui traduisent les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes. Les annexes 4 et 5, montrent respectivement l'extrait textuel et graphique des représentations thématiques généré à partir du logiciel RDQA. Ces extraits constituent la charpente de la présentation des résultats.

3.6.6 Interprétation des données

En définitive, la sixième et dernière étape a concerné la présentation des résultats découlant de l'analyse thématique des données. Afin d'illustrer les interprétations et d'appuyer les résultats, nous avons ensuite fait appel à des extraits pertinents provenant des discours relatifs à notre centre d'intérêt qui portent sur les raisons qui amènent les hommes à être favorables ou défavorables à la pratique de la contraception moderne des femmes. En outre ces nouvelles connaissances ont été mises en relation avec des savoirs empiriques et théoriques pendant la phase de la discussion. La synthèse de cette démarche en ses six étapes peut se résumer selon le tableau suivant:

Tableau 3 : Résumé des étapes du modèle d'analyse thématique

N°	Étapes	Description
1		Lecture et relecture, mise en relation des entrevues avec les notes du journal et les notes de terrain sur nos observations
2	Encodage des verbatims	Codage de l'ensemble des données ; regroupement sous différents codes
3	Recherche des thèmes (patterns	Regroupement des codes en sous-thèmes et thèmes généraux ou

N°	Étapes Description		
	récurrents)	génération d'une représentation thématique (patterns récurrents)	
4	Révision des thèmes	Révision des thèmes en lien avec les codes et l'ensemble des données	
5	Regroupement des thèmes en représentation thématique	Raffinement des thèmes et élaboration des représentations thématiques	
6	Interprétation des données	Analyse et mise en contexte avec les écrits empiriques et théoriques	

Source : (Adapté de Braun & Clarke, 2006)

3.7 Critères de scientificité de l'étude

Les critères de scientificité permettent de la rigueur scientifique de l'étude. A ce propos, Drapeau M (2004) indique que «la valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de sa crédibilité scientifique qui doit se référer à des critères de scientificité» (Drapeau, 2004:80). De ce point de vue, nous nous sommes inspiré des cinq (5) critères de scientificité retenus par Miles et Huberman (2007) : la pertinence, l'objectivité, la fiabilité, la validité interne ou la crédibilité, et la transférabilité (Miles & al., 2007).

3.7.1 Pertinence

Le Burkina Faso présente des taux de mortalité maternelle (330 pour 100 000 naissances vivantes en 2015) et néonatale (23 pour 1 000 naissances vivantes) très élevés. Toutefois, 30 % des cas de mortalité maternelle pourraient être évités grâce à un renforcement de la planification familiale (Rutstein, 2008; Cleland & al., 2006). Pourtant, malgré la mise en œuvre de stratégies, les indicateurs relatifs à la contraception moderne suggèrent des marges d'amélioration importante. L'augmentation de la prévalence contraceptive a été modérée au cours des dernières années puisque celle-ci est passée de 8,6 % en 2003 à 15,0 % en 2010 et à 22,5% en 2015 soit une augmentation annuelle de 1,22 point de pourcentage (EMDS-BF 2015). Plusieurs facteurs ont été mis en exergue pour expliquer cette faible prévalence contraceptive parmi lesquels, l'attitude défavorable des hommes sur la PCM des femmes (UNFPA, 2013; CNS/PNDS, 2016). Nos résultats ont abouti à des évidences et à la proposition de stratégies novatrices pour une réorientation de la politique de PF au Burkina, laquelle politique devra viser non plus seulement les femmes, mais aussi les hommes.

3.7.2 Objectivité

Le critère de l'objectivité consiste à savoir si les conclusions de l'analyse dépendent davantage des participants que du chercheur lui-même (Guba & al., 1994). Pour assurer l'objectivité de notre étude, notre grille d'entretien a été semi-directive, permettant de diriger l'entretien, avec des questions ouvertes en laissant la libre place à la parole de l'interviewé et en maintenant une dynamique évolutive aux entretiens. Nous avons veillé à ce que les questions soient formulées de la façon la plus neutre possible. Mieux, les questions principales ont toujours été soutenues par des questions de relance pour favoriser l'expression des interlocuteurs. Nous avons également veillé, au cours des entretiens, à répéter les propos de chaque répondant pour vérifier avec lui l'exactitude de ce qui a été dit. D'autres auteurs avancent que pour remplir ce critère d'objectivité, le chercheur doit minimiser au maximum sa réflexivité et parvenir à une neutralité du chercheur en développant une analyse qui rende compte de ce qui est observé de façon neutre (Braun & Clarke, 2006). A cet effet, dans le lieu de notre étude (village de Tanlarghin), nous n'étions ni connu par la population, ni par les agents de santé du centre de santé; ce qui nous a permis de nous présenter comme étudiant et donc de pouvoir travailler sans que les hommes que nous interrogions aient d'à priori sur nous. En outre, nous avons dans le cadre de notre étude, réévalué nos observations par un feed-back à chaque répondant de son verbatim après la retranscription le même jour, ce qui a permis de requérir leur corroboration et leur acceptation. Par ailleurs, des extraits de nos entrevues enregistrées, ont été réécoutés par le codirecteur de mémoire et par un chercheur sociologue expérimenté pour s'assurer de la congruence de ces dernières avec le verbatim.

3.7.3 Fiabilité

La fiabilité traduit le fait d'arriver aux mêmes résultats en faisant analyser les données par un autre chercheur qui utiliserait les mêmes méthodes (Guba & al., 1994). Pour s'assurer de la fiabilité, nous avons décrit de façon détaillée la méthodologie, les méthodes de collecte et d'analyse des données au chapitre 3, de sorte à permettre une reproductibilité de notre recherche par d'autres chercheurs qui utiliseraient les mêmes procédures. La collecte des données sur le terrain a été précédée de trois entretiens "pilotes" qui ont permis de pré tester et de valider le guide d'entretien. Nous avons eu recours à un chercheur sociologue expérimenté pour un double codage qui a été effectué sur 50% des données recueillies. Il a utilisé le même logiciel d'analyse des données qualitative (RQDA) que nous. Après le cocodage nous avons calculé le score de fiabilité en utilisant la formule de calcul de la fiabilité entre codeurs de Miles & al.(2007): $fiabilité = \frac{Nombre a accords}{Nombre d'accords + Nombre de désaccords} \times 100.$ Nous avons obtenu un score de fiabilité de 93%, ce qui est satisfaisant, car Miles et al., énoncent qu'un score à plus de 70% de fiabilité entre codeurs est satisfaisant.

3.7.4 Crédibilité

En vue de garantir une crédibilité à cette recherche, une rigoureuse revue de littérature a servi de base pour l'identification des thèmes à explorer. En plus, un recoupement de différentes méthodes de collecte des données (entretiens, documentation et observations) a été effectif. De même, les données ont été collectées jusqu'à saturation sur un échantillon à représentativité diversifiée de 24 hommes. Pendant l'analyse, nous avions eu recours à cinq types de triangulation des données pour conférer une force à notre étude de cas. il s'est agi de : (i) la triangulation méthodologique (nous avons réalisé à la fois des entretiens, de la revue documentaire et des observations), (ii) la triangulation des sources (les données ont été recueillies sur un échantillon à représentativité diversifiée); (iii) la triangulation des investigateurs (il a été fait recours à un autre chercheur pour la double codification), (iv) la triangulation théorique (les données ont été interprétées et discutées avec les études existantes sur le même sujet) et (v) la triangulation environnementale (l'interprétation des données issues des entrevues a été faite en les confrontant à celles du Journal de bord et des notes terrain). Cette manière de procéder obéit à la logique selon laquelle, les études de cas utilisant plusieurs triangulations ont une crédibilité solide (Yin, 2003 ; Stake, 2009) et permettent une compréhension en profondeur du phénomène (Miles & al., 2007).

3.7.5 Transférabilité

Selon Touati et al. (2005), la transférabilité d'une recherche est sa capacité à fournir des résultats généralisables à d'autres populations, à d'autres contextes, à d'autres périodes (Touati, Denis, Contandriopoulos, & Béland, 2005). Pour Yin, l'étude qualitative de cas qui, elle, se repose sur un échantillon théorique, permet de disposer de données représentatives de la réalité et reproductibles et d'effectuer des généralisations théoriques, à la différence des études quantitatives qui se basent sur un échantillonnage probabiliste qui conduit des généralisations statistiques (Yin, 2003). A cet effet, notre étude a permis la découverte des raisons qui amènent les hommes à être soit favorables et approuver ou à être défavorables et désapprouver l'usage des contraceptifs modernes par leurs femmes à Tanlarghin. Ces preuves factuelles pourront être la base pour l'élaboration d'une théorie sur « l'engagement constructif des hommes à la PCM des femmes » qui pourrait être adaptée au gré du contexte à appliquer.

3.8 Considérations éthiques

3.8.1 Approbation du comité d'éthique

Le protocole de la présente recherche a été soumis à l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé. L'avis favorable du comité d'éthique pour la recherche en santé a été obtenu au préalable (délibération N°2017-4-041 sur le protocole final daté du 03 mai 2017; annexe 10). De même, une autorisation de collecte des données a été accordée par la direction régionale de la santé du ressort du centre de santé et de promotion sociale de Tanlarghin (délibération N°2017-0228/MS/RCEN/DRSC, annexe 11). Par ailleurs, une attention constante a été portée, tout au long du déroulement de l'étude, sur la protection de l'autonomie, de la dignité et de l'intégrité des sujets humains.

3.8.2 Consentement libre et éclairé

Les entrevues ont eu lieu dans les domiciles ou dans les lieux de travail selon les préférences des répondants. Avant le début de chaque entretien, le but, les objectifs de la recherche, l'importance, et la portée de l'étude ont été expliqués à chaque répondant, chez qui nous avons acquis le consentement verbal et écrit (fiche d'information et formulaire de consentement respectivement en annexe 6 et 7) sur l'autorisation de réaliser les interviews, de les enregistrer, d'utiliser les données retranscrites et leurs analyses à des fins scientifiques. Pour la signature du consentement et l'acceptation verbale, nous avons eu recours à un témoin qui a été le guide. De même, l'assurance d'aucune conséquence quant à son refus, la confidentialité et l'anonymat de ses propos ont été donnés à chaque enquêté, après quoi sa signature d'acceptation (ou son empreinte digitale le cas échéant) a été obtenue.

3.8.3 Anonymisation des verbatims

La méthode d'anonymisation a été la suivante dans les retranscriptions : l'intervieweur est désigné par la lettre Q et chaque homme est désigné par la lettre «H» à laquelle on donne un numéro d'ordre en fonction de l'ordre de l'interview. À titre d'exemple, si le code «H1-100» accompagne un extrait de verbatim, ce dernier indique que le «H1» est le code du premier (1) homme (H) et le «100» est la ligne de l'entrevue correspondante à l'extrait de l'entrevue retranscrite dans l'application Word. Si le code est «H1:1 - 10», cela signifie du premier (1) homme (H) et l'extrait du verbatim va de la ligne 1 à la ligne 10.

3.8.4 Confidentialité des données

Durant tout le processus de recherche, des précautions ont été prises afin de protéger la vie privée et les renseignements personnels des informateurs. L'anonymat et le respect des opinions des répondants ont été strictement observés. Par conséquent, dans le but de dissimuler leur identité, un code d'identification unique a été attribué à chacun. A cet égard, les enquêtés ont été informés de la possibilité qu'ils ont de se retirer à tout moment au cours de l'enquête s'ils désirent. Egalement, pour assurer la confidentialité, les codes alphanumériques ont été utilisés lors de la transcription des entrevues, de la rédaction de notes de terrain et du rapport final. En outre, le co-recodeur et le guide qui nous a accompagnés pour la recherche des hommes dans la communauté, ont été avertis du caractère confidentiel de l'étude, et ont signé des engagements de respect des clauses de confidentialité. (Annexe 8)

3.9 Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées ont été de plusieurs ordres. D'abord, l'approbation du comité d'éthique a trainé parce qu'un renouvellement de ses membres est intervenu et ils ont mis du temps pour être installés et investis; par conséquent, ils ne pouvaient pas siéger dans les délais souhaités. Cet impondérable a retardé la tenue de la session d'examen et d'approbation de notre protocole avec des répercussions négatives sur notre calendrier. En plus, nous avons noté une réticence pour la majorité des hommes à donner le nombre d'enfants souhaités, alors que cette variable est très importante pour nous pour établir la relation entre le désir de progéniture nombreuse et l'attitude de l'homme face à la pratique de la contraception de sa femme. Nous avons pu rattraper cela dans la suite de l'entretien par le biais des questions de relances. Par ailleurs, il nous a été difficile de traduire certains concepts avancés par les hommes du "mooré" au français, notre souci étant de conserver le sens réel des propos des hommes. De ce fait, nous avons eu recours à un sociologue expérimenté dans les retranscriptions mooré/français avec qui nous avons convenu des sens de ces mots. Enfin, il faut signaler que le manque d'études sur l'attitude des hommes sur la contraception féminine ne nous a pas permis d'avoir des informations nécessaires à la description de la situation dans le contexte burkinabè. Ce qui nous a obligés à rester dans les généralités africaines, considérant que le Burkina partage bien des réalités avec d'autres pays de l'Afrique subsaharienne dont il est proche culturellement.

Ce chapitre permet d'amorcer le chapitre iv consacré à la présentation des résultats de l'étude ainsi que leur analyse.

CHAPITRE IV:

Présentation des résultats

CHAPITRE IV: RESULTATS DE L'ETUDE

Ce chapitre concerne la présentation des résultats de l'étude dont l'objectif général est de comprendre les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes en milieu rural burkinabè. Il est la résultante de l'analyse des propos des vingt-quatre informateurs clés, des observations participantes et de l'analyse documentaire. L'analyse a été réalisée selon la méthode d'analyse thématique décrite par Braun et Clarke (2006). Cette analyse a permis de dégager deux tendances contradictoires en rapport avec l'attitude des hommes face à la PCM des femmes. D'un côté, les hommes qui approuvent la PCM des femmes et ont une attitude favorable et de l'autre côté, ceux qui désapprouvent et ont un avis défavorable pour la PCM par leurs femmes. En outre, l'analyse a permis d'identifier trois représentations thématiques interdépendantes qui permettent de mieux comprendre les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes en milieu rural burkinabè. Ces représentations thématiques résultent du regroupement de 19 thèmes, eux-mêmes émanant d'une classification de 34 sous-thèmes issus de la catégorisation de 170 codes. La première représentation thématique s'intéresse aux logiques sociales en matière de procréation; la deuxième se rapporte aux relations du genre au sein du couple sur la PCM des femmes et la dernière est relative aux besoins et attentes des hommes, en matière d'offre de service de contraception moderne. Ces trois représentations thématiques constituent la charpente de la présentation des résultats.

4.1 Déterminants de l'attitude d'approbation des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes

Les résultats de l'enquête suggèrent que l'attitude d'approbation des hommes face à la PCM des femmes est déterminée par une connaissance conforme des méthodes modernes de contraceptive et une reconnaissance du bien-fondé de celle-ci. De même, les hommes permettent à leurs femmes d'adopter la contraception moderne en vue de se conformer aux normes sociales en matière d'espacement des naissances et de vieillesse féminine.

4.1.1 Connaissance des contraceptifs modernes et assentiment de la pratique de la contraception moderne des femmes par les hommes

Nous avons pu noter à travers les entrevues, une bonne connaissance des méthodes contraceptives par une partie non moins importante des répondants. Les notifications révélées par la plupart des hommes justifient que ces derniers connaissent les moyens de contraception les plus courants. Les participants citent en majorité la pilule, le DIU et l'implant. L'énoncé suivant de l'homme n°6, 48 ans, jardinier, ayant 2 enfants avec un niveau d'instruction de la classe de 6^{ème} dont la femme utilise une contraception (injectable) en témoigne largement.

«...euh ...moi je connais le stérilet, la pilule et le norplant; la contraception, la *piqûre,....le préservatif et (...)»* [**H6**; **597-599**]

Cet homme (H6) fait partie des hommes, bien que minoritaire, qui sont favorables à l'utilisation des contraceptifs modernes par les femmes. A cet effet, l'homme n°1 de 30 ans dont la femme utilise une contraception et ayant trois enfants a déclaré ceci.

«...ma femme utilise les comprimés (...) moi je l'ai accompagné au centre pour participer au choix du contraceptif; elle a choisi les pilules et d'ailleurs, je l'aide à se rappeler de la prise tous les soirs grâce au dispositif d'alarme de mon téléphone.» [H1; 151-152]

Au regard de leurs attitudes favorables à la pratique de la contraception moderne des femmes, un certain nombre de déterminants en rapport avec des opinions favorables ont été évoqués par les hommes pour apprécier le bien-fondé de la contraception

4.1.2 Appréciation du bien-fondé de la contraception moderne en rapport avec l'espacement idéal des naissances

☐ Contraception pour l'espacement des naissances pour la santé de l'enfant

De façon générale, l'information obtenue de certains hommes enquêtés, montre une assez bonne connaissance du bien-fondé de la contraception moderne. Recouvrant plusieurs acceptations qui sont désignées à travers les termes "rogm-yagré" ou "songre-tim" ou "guidg-rogm" ou "yals-rogm" qui signifient respectivement espacement des naissances, médicament de répit, limitation des naissances, réduction des naissances, elles ont été fréquemment citées dans les discours. Dans ces expressions, l'intérêt de la contraception ressort et renvoie à l'espacement idéal ou à la limitation des naissances. D'ailleurs, il a été évoqué par plusieurs répondants que l'ainé doit pouvoir garder le cadet afin que la mère puisse vaquer à ses occupations. Cela suppose un intervalle minimum de trois ans et demi entre eux. Cet espacement aurait aussi pour but de procurer une santé à la mère et à l'enfant, car une possibilité est offerte à l'enfant de téter assez longtemps. A cet effet, l'homme n°9 de 38 ans, cultivateur dont la femme utilise la contraception nous a confié ceci:

« En fait, l'intervalle acceptable est de trois ans et plus car à cet âge l'enfant peut facilement veiller sur son petit frère, lorsque sa mère est occupée par des activités champêtres ou domestiques. » [H9; 927-929]

C'est également ce que confirme l'homme H6 de 35 ans (jardinier, 2 enfants, niveau d'instruction de la classe de $6^{\text{ème}}$) dont la femme est contraceptante en ces termes :

«...moi, toujours après l'accouchement de ma femme, je l'autorise à mettre l'implant, mais quand ça atteint deux ou trois ans, je lui dis d'aller le retirer...» [H6; 610-612]

On retient à la suite des entretiens qu'une relation de cause à effet entre la PCM et le bien-être physique des enfants ainsi que du bien-être familial est effectivement reconnue.

☐ Contraception pour l'espacement des naissances pour la santé de la femme

La raison de la "santé de la femme" est au centre des décisions favorables par les hommes à la pratique de la contraception moderne de leurs femmes selon. Pour illustrer ce bien-fondé l'espacement des naissances pour la santé de la femme, l'expression "Yonre la guèla" dont la signification renvoie à "c'est lorsqu'on vit qu'on reproduit" a été fréquemment citée. Citons en illustration, le verbatim de l'homme n°5 de 48 ans, ayant 4 enfants. Il a déclaré ceci :

« Ma femme a souffert sérieusement lors de son dernier accouchement. Elle a même été évacuée au CMA du 30 où elle a subi une intervention chirurgicale. Elle a failli perdre la vie. Quand elle a recouvré sa santé, le docteur nous a conseillés d'adopter le Norplant comme méthode contraceptive. J'ai trouvé que cela était d'un intérêt vital pour ma femme et je l'ai donc accepté.... Et comme le dit un adage chez nous "koadg yonre la guèla", (c'est lorsque la perdrix survit qu'elle réalise sa ponte). Alors, j'ai accepté que ma femme place l'implant pour trois ans » [H5; 502-508]

Les enquêtés conçoivent la contraception comme une solution médicale aux souffrances des femmes qui sont dues aux accouchements trop nombreux ou trop rapprochés.

☐ Contraception pour l'espacement des naissances pour s'accommoder aux normes sociales

Les répondants accordent de l'importance à l'espacement des naissances et savent les conséquences négatives que peut avoir une grossesse rapprochée sur un enfant qui est encore au sein. Il existe d'ailleurs, dans le village de Tanlarghin, une façon souvent peu élogieuse et même persifleuse de nommer un homme dont la femme tombe enceinte alors qu'elle allaite encore. Il est prénommé "rao ragré" en traduiction libre française "homme sexuellement insatiable" ou encore "homme à boulimie sexuelle". Cette expression caractérise donc un homme inconséquent en matière de sexualité dans le couple. Cette position est soutenue par l'homme n°1 de 30 ans dont la femme utilise une contraception et ayant 3 enfants qui souligne que :

« Quand un couple fait des enfants à un rythme très rapproché ce n'est pas une bonne chose; c'est un couple inconséquent car ce comportement caractérise les couples irrationnels et incapables de se contrôler et de gérer leur corps. » [H1; 53-56]

Le spectre des grossesses rapprochées est un phénomène que beaucoup d'hommes interrogés redoutent. L'exemple le plus saillant est d'ailleurs ce qui nous a été révélé par le même homme (n°1) à travers les propos suivants :

« ...si tu ne fais pas l'espacement des naissances, tes enfants sont des "Pondsés" ou des "Yandmbis" (qui sont des enfants dont l'espace intergénésique est de moins de deux ans"). Ces enfants finissent dans la plupart du temps par mourir. Tout ce passe comme si tu arraches des pousses qui germent après les semis et tu semes à nouveau; dans notre jargon, on les appelle des "m'ba vondin m'boutin" (qui signifie le fait d'arracher la bonne pousse et ressemer); moi je préfère permettre à ma femme d'utiliser les contraceptifs modernes pour qu'on en n'arrive pas à cette situation *désagréable...»* [**H1** ; **62-68**]

4.1.3 Appréciation du bien-fondé de la contraception moderne en rapport avec la limitation des naissances

☐ Contraception utilisée pour mettre fin à la vie reproductive de la femme

Plusieurs hommes, pensent qu'il est préférable d'attendre le nombre d'enfants désirés, ou encore de voir si la femme est vraiment fatiguée avant de lui permettre d'utiliser les contraceptifs. Ils sont donc prêts à mettre fin à la vie reproductive de leur femme, surtout pour des raisons de santé et pour respecter les normes sociales. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle H4 dont la femme a 49 ans et 08 enfants a accepté qu'elle insère un Norplant. En outre, avance-il:

« Je trouvais honteux que ma femme soit grand-mère et qu'elle continue d'accoucher en même temps que nos filles. Dans notre jargon, une femme qui se retrouve dans cette situation est appelée de façon déshonorable "m'ma yaaba" qui signifie en traduction française "maman-grande mère"; donc je l'ai autorisée d'aller au centre de santé se faire placer un norplant» [H4; 408-409]

Cette attitude favorable des hommes pour la contraception moderne des femmes est donc exprimée lorsqu'ils décident de mettre fin à la vie reproductive de la femme. Pour cela, les hommes encouragent les femmes à choisir des contraceptifs hormonaux de longue durée, surtout le Norplant, qui dure cinq ans.

☐ Contraception pour réduire la progéniture pour des raisons sociales

Sur ce point, nous avons enregistré les avis de trois jeunes hommes qui conçoivent la progéniture réduite comme un moyen et une fin pour le bonheur. Nous illustrons ici les propos d'un jeune cultivateur, qui a un niveau de la classe de CM2 et ayant 01 enfant, qui désire se distinguer socialement en préférant une progéniture réduite. Pour lui, à l'image des deux autres, il faut avoir, peu d'enfants pour se donner les possibilités de leur assurer les soins et garantir leur scolarité. Il dit ainsi en ces termes :

«Si on veut moins d'enfants, pour moi, c'est le problème de pauvreté. A mon avis, il est heureux d'avoir seulement deux enfants ; un garçon et une fille ; si le garçon venait à épouser une femme, ils pourront prendre soins de leurs parents; je préfère en avoir moins et miser sur leur santé, leur éducation, leur sécurité, pouvoir assurer leurs besoins.» [H17; 1837-1843]

Plus loin, il poursuit en soulignant ceci:

«Vous savez, si tu mets au monde de nombreux enfants tu ne pourras .pas faire face à leurs dépenses avec le risque que certains deviennent des vagabonds ou des voleurs, ces enfants-là pourront rien faire pour toi. Mais, avec moins d'enfants, je pourrai bien m'en occuper pour qu'ils deviennent de bons enfants.» [H17; 1850-1853]

La quête d'une vie plus heureuse et convenable de sa famille conjugale est une valeur incarnée par les jeunes en comparaison aux plus âgés.

Cette partie traite des raisons de l'approbation des hommes de la PCM des femmes. Il ressort une connaissance conforme de la contraception, de ses bénéfices sanitaires, son utilisation parfois pour se conformer aux normes sociales de la vieillesse féminine (pas d'accouchement si tu es grand-mère) et aux nouvelles valeurs de la vie familiale (peu d'enfants, mieux les éduquer) chez les jeunes mariés. Après avoir mis en exergue ces déterminants qui se situent en amont de l'approbation de la PCM des femmes par les hommes, il est opportun d'appréhender en aval les déterminants qui participent à la désapprobation des hommes.

4.2 Déterminants de l'attitude de désapprobation des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes

Elles concernent les logiques sociales liées à la procréation, les rumeurs, l'ambiguïté des effets secondaires, et la persistance des méthodes naturelles de contraception qui infèrent une désapprobation des contraceptifs modernes.

4.2.1 Logiques sociales en matière de procréation

Cette partie passe en revue les principales représentations des hommes sur les contraceptifs modernes déterminées par les logiques sociales en matière de procréation récoltées lors de l'enquête sur le terrain. En faisant référence aux déclarations des hommes, l'on s'aperçoit que les contraceptifs sont qualifiés de plusieurs maux. L'argument le plus évoqué est celui en lien avec la santé de la femme. Ainsi, les hommes ne souhaitent pas que leurs femmes utilisent la contraception moderne de peur de mettre en péril leur santé et leur fertilité. Egalement dans les propos des interviewés, les réactions négatives à l'encontre de la PCM des femmes sont assimilées à la limitation des naissances et la majeure partie des hommes récusent cette fonction synonyme d'extinction de la famille.

4.2.1.1 Vision sceptique des moyens contraceptifs modernes induite par les logiques sociales en matière de procréation

De l'analyse des propos, il ressort des perceptions qui ne militent pas en faveur de l'utilisation des contraceptifs modernes par les femmes. Une majorité des hommes désapprouve la PCM des femmes car l'assimilant à une limitation de naissance qui n'est pas tolérée. A cet effet, les contraceptifs modernes sont nommés par les expressions "guidg-rogm" ou "yals-rogm" qui signifient respectivement limitation des naissances et réduction des naissances. En effet, ces derniers sont partisans d'une descendance nombreuse avec une préférence pour les enfants du sexe masculin, pour des raisons familiales, spirituelles, économiques et sécuritaires.

☐ Désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons familiales, inférant une désapprobation des contraceptifs modernes des femmes par les hommes

La progéniture nombreuse demeure un idéal familial surtout pour la génération des 40 ans et plus. Les hommes qui n'entendent pas recommander l'utilisation des contraceptifs modernes à leurs femmes, se campent dans une position en justifiant que l'enfant représente un capital familial qui renouvelle la lignée. Pour eux, un nombre réduit d'enfants ne valorise pas une famille ; cette réalité sociale est relatée par les dires de cet homme âgé de 51 ans, ayant 4 femmes et 18 enfants. A ce sujet il affirme que :

« Une femme doit avoir autant d'enfants que possible. Mais si ta femme utilise des médicaments pour empêcher la venue de l'enfant c'est l'avenir qu'elle tue... ces enfants étaient destinés à perpétuer leur lignée». [H8; 818-822]

Sur ce plan familial, la grande progéniture est considérée comme une richesse et une valeur en elle-même. Cette conception renvoie plus généralement au rejet de normes reproductives occidentales valorisant une fécondité réduite que les contraceptifs modernes contribueraient à imposer. L'homme n°19, 59 ans, 2 femmes avec 12 enfants estime que :

«...la contraception moderne a pour but de réduire la fécondité des femmes noires. Ce sont des normes reproductives occidentales que ces produits contraceptifs contribuent à imposer aux Noirs. Le nombre d'enfants auquel une femme doit donner naissance, si elle refuse de le faire, elle est une assassine... » [H19; 2057-2059]

En clair, il est considéré qu'une famille nombreuse, confère à ses membres un prestige important, source de modèle des valeurs sociales. A cet effet, les propos de H19 sont soutenus par l'homme n°11, 47ans qui a 7 enfants avec une seule femme qui estime que :

« ...avoir beaucoup d'enfants, ... (honn !)...c'est un signe infaillible de bénédiction de Dieu; imaginez-vous, un vieillard qui s'éteint après avoir laissé derrière lui de nombreux enfants, petits-enfants et arrières petits-enfants n'est pas mort. Il se repose en continuant de survivre à travers sa nombreuse descendance.» [H11; 1197-1200]

Toutefois, cette perception de progéniture clamée par la génération des 40 ans et plus s'oppose à celle des moins de 40 ans, à l'occurrence les jeunes qui adhérent à la contraception et veulent peu d'enfants.

De même, plusieurs hommes ont exprimé des raisons spirituelles pour justifier leur désapprobation de la PCM des femmes. Ces raisons seront traitées au point suivant.

☐ Raisons spirituelles suscitant une attitude défavorable des hommes à l'utilisation de la contraception moderne par leurs femmes

Même si cette cause n'a pas la même ampleur que les précédentes, elle est apparue à travers différentes informations collectées. Selon les enquêtés, les contraceptifs modernes des femmes se révèlent comme un frein à la procréation qui pourtant relèverait de l'altruisme et de la providence du Créateur. Pour cette raison, la venue au monde d'un enfant, quel que soit son rang est toujours souhaitée. Une telle logique entraine le rejet par les hommes de la contraception qui du reste la déconseillent fortement à leurs femmes. Par exemple, un homme de 42 ans pour qui la procréation est une bénédiction divine nous a laissé entendre que :

« Un enfant est un don de Dieu qu'il ne faut jamais refuser. Les contraceptifs modernes qui empêchent la conception de l'enfant ne sont pas une bonne chose. Les couples qui les utilisent commettent des homicides. Tout cela a fait que j'ai interdit à mes femmes *d'en avoir recours.*» [H12; 1008-1311]

Et il poursuit en soulignant que :

«...mettre au monde un enfant dépasse la volonté humaine et relève des secrets et des mystères réservés exclusivement à Dieu.» [H12; 1044-1307]

Il est rejoint par l'enquêté n°4, 50 ans et 9 enfant avec 2 femmes n'utilisant pas de méthode de contraception qui s'indigne en ces mots :

« Quand les gens prétendent qu'une femme qui a des grossesses rapprochées est une femme malade. La question qui se pose est simple; est-ce que le bon Dieu empêche aux malades de se soigner? » [H4; 401-403]

Pour ces répondants, les raisons de leur désapprobation de la PCM des femmes sont d'ordre spirituel. Ils pensent que l'utilisation des méthodes modernes de contraception est contraire aux principes naturels de la fécondité. Du reste, beaucoup d'informateurs ont affirmé sans ambiguïté leur désir d'avoir beaucoup d'enfants et pour cela n'entendaient pas utiliser les contraceptifs modernes. Singulièrement, ces hommes ne veulent même pas fixer les limites du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir, car un enfant est toujours agréable à avoir. Par exemple, l'on peut se tenir à ce témoignage d'un homme ayant 2 femmes et 7 enfants répondant à la question « Combien d'enfants voulez-vous avoir ? »:

«..(long silence)...Hun!...les enfants? Oui ; (éclats de rire).... les enfants sont du trésor inestimable, je préférerai que ma femme enfante jusqu'à la ménopause. Elle enfantera tous les enfants que Dieu voudra bien nous en donner. » [H7; 719-723]

Cela explique alors la présence dans certains foyers polygames de douze voire dix-huit enfants pour un seul homme. A la question de connaître le nombre d'enfants souhaités, les informateurs répondent d'abord par un sourire ironique. Ces rires des informateurs qui semblent cacher en eux des convictions propres, sont la preuve qu'évoquer le nombre de ses enfants est un tabou dans la communauté de Tanlarghin. Ainsi les hommes estiment de façon persuasive, qu'affectivement, un enfant n'est jamais de trop. La décision d'avoir des enfants ou de fixer leur nombre n'est pas de la responsabilité des époux. A cet effet, ils ne doivent pas prévoient pas un nombre d'enfants à faire car selon eux, cela porte des malheurs à la progéniture. Même à la question de savoir le nombre d'enfants dont un couple dispose déjà, la majeure partie des hommes sont réticents à donner la réponse. Pour eux, donner le nombre de ses enfants serait un phénomène d'anéantissement verbal de l'existence de ces enfants.

☐ Désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons économiques, inférant une désapprobation des contraceptifs modernes des femmes par les hommes

On se rend compte à travers les discours, qu'avoir de nombreux enfants est un atout important pour les activités champêtres qui sont la principale source de subsistance et de richesse pour des populations rurales de Tanlarghin. D'ailleurs, il ressort dans les propos des enquêtés des désignations élogieuses de la famille nombreuse qui se rapprochent à une famille économiquement souveraine. Le "zakyalengo" désigne une grande famille ou aussi le "zakkoadba" renvoie à une famille "aux nombreux bras" destinés à labourer la terre. Ces concepts qui traduisent une famille nombreuse renvoient alors à une main d'œuvre abondante dans un contexte de milieu rural vivant essentiellement de l'agriculture non mécanisée, où les familles n'utilisent que des instruments rudimentaires essentiellement la daba ou au mieux la charrue. Fort de cela, la majorité des hommes n'entende pas se livrer à une éventuelle limitation des naissances. A ce propos, un homme de 38 ans, 4 enfants avec une seule femme s'est exprimé ainsi:

«...quand tu as beaucoup d'enfants, ils t'aident pour l'agriculture ou pour prendre soins des animaux. Ils sont une force de travail considérable; les familles qui ont de nombreux enfants sont privilégiées et sont plus riches » [H9; 971-973]

Il renchérit en affirmant que

« Certains se cachent derrière des fausses raisons en soutenant que les enfants sont une charge pour leurs parents sur le plan alimentaire alors qu'un enfant ne manque jamais de nourriture...un adage chez nous dit que même les oiseaux du ciel qui ne cultivent pas ne manquent pas de nourriture, ni d'eau malgré, car le bon Dieu pourvoit de la nourriture à toute sa créature » [H9; 981-985]

Dans la même lancée que la quête d'une progéniture nombreuse pour des raisons économique, on note aussi le désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons de prévoyance sociale. Cette dimension est l'objet du point suivant.

☐ Désir d'une progéniture nombreuse pour une assurance-vieillesse inférant une désapprobation des contraceptifs modernes des femmes par les hommes

Une progéniture nombreuse est encore perçue comme une assurance-vieillesse pour les parents, comme l'a confirmé un homme de 70 ans, avec deux femmes n'utilisant pas de contraceptifs et ayant 13 enfants qui a avancé que le fait pour lui d'avoir beaucoup d'enfants serait un moyen par lequel il prend des mesures pour l'avenir. Ainsi il déclare que:

« Mon ami, tu sais, pendant leurs vieux jours, les parents comptent sur leurs enfants pour subvenir à leurs besoins quotidiens. D'ailleurs un adage chez nous dit qu'un vieux lapin est pris en charge par son petit pendant sa vieillesse; moi je veux beaucoup d'enfants. Les filles et leurs époux vous apporteront de l'aide de toute nature. Quant aux garçons, il est claire que je deviendrai très vieux et je ne pourrai plus cultiver, ils cultiveront à ma place et s'occuperont de moi et ma famille». [H14; 1567-1573]

Une partie des hommes est convaincue que la limitation des naissances n'est pas une bonne chose parce qu'elle va à l'encontre de leurs intérêts et de leur croyance. Du reste, cette question de limitation des naissances tant redoutée par les hommes est l'effet boomerang inculquée aux populations par les agents de santé pendant les consultations. Pendant nos observations des séances de sensibilisation dans la formation sanitaire, les agents recommandent aux femmes d'avoir un maximum de trois enfants. L'exemple suivant concerne les dires d'un agent de santé au cours d'une séance de causerie est parlant :

«...c'est mieux d'avoir au plus trois enfants pour mieux s'occuper d'eux...» [NTDR/dire d'un agent de santé du centre de santé de Tanlarghin, pendant l'observation]

☐ Désir d'enfants de sexe masculin qui est souvent source de progéniture nombreuse et d'une attitude défavorable des hommes à l'utilisation de la contraception par leurs femmes

La recherche d'un enfant de sexe masculin est encore très présente dans la mentalité des hommes à Tanlarghin qui soutiennent cela par plusieurs raisons. Dans un système patrilinéaire, les hommes trouvent qu'il est impératif d'avoir au moins un garçon dans sa descendance et il n'est pas question d'arrêter de faire des enfants tant que la naissance d'un garçon n'intervient pas, car c'est un garçon qui perpétue le nom du père. À ce sujet, l'homme n°21, 42 ans, menuisier, ayant 04 enfants nous a dit:

«...par exemple, je n'ai eu pour le moment qu'un seul garçon parmi mes six enfants, donc ma femme et moi avons décidé de poursuivre la procréation, nourrissant l'espoir que Dieu nous aide à avoir d'autres garçons.» [H21; 2329-2331]

La recherche d'un enfant de sexe masculin est à l'origine d'une descendance nombreuse. Des informateurs l'ont affirmé avec fierté pour avoir réussi à avoir des enfants de sexe masculin, parfois après une longue période d'attente couverte par des naissances successives de filles uniquement. C'est justement cet ébranlement qu'analyse l'homme n°22, 04 enfants toutes filles, de façon bouleversante en ces termes :

«...je ne veux pas que ma femme pratique la contraception, parce qu'actuellement j'ai 4 enfants et elles sont toutes des filles; je vais poursuivre jusqu'à avoir aussi des garçons.» [H22; 2677-2680]

En effet, il ressort de l'analyse des discours que le code coutumier qui prévaut à Tanlarghin accorde une importance particulière au garçon à cause des implications patriarcales.

☐ Désir d'une progéniture nombreuse lié à une incertitude sur la survie des enfants dans un contexte de mortalité infantile élevée

Dans le courant de raisonnement précédemment examiné, les informateurs préfèrent avoir beaucoup d'enfants et il n'est pas question pour eux de permettre à leurs femmes de limiter les naissances par l'emploi des contraceptifs. Dans cette rubrique, le désir de progéniture nombreuse est fondé sur la cause de l'incertitude de la survie des enfants dans un contexte de mortalité infantile élevée. Selon la plupart des répondants, il vaut mieux avoir beaucoup d'enfants pour qu'en cas de décès, d'autres survivent. Par exemple, l'homme 22, 36 ans, ayant déjà perdu trois enfants livre son témoignage avec consternation:

« einh !...mon frère, tu sais, on ne peut pas prédire le nombre d'enfants à avoir. Moi, par exemple j'avais eu sept enfants. Il y a eu trois qui sont décédés et il ne m'en reste que quatre. C'est la raison pour laquelle, je ne veux pas que ma femme utilise la contraception pour le moment. Car, il me faudrait en avoir assez pour qu'il y en reste quand la mort ôtera sa part. » [H22; 2325-2329]

Dans ce discours, il ressort une perplexité sur la survie des enfants compte tenu du contexte de mortalité infantile élevée. Cette situation amène les hommes à penser qu'il vaut mieux en faire beaucoup dans l'espoir que certains survivront.

4.2.1.2 Préférence des méthodes naturelles de contraception amenant les hommes à avoir des attitudes défavorables à la contraception moderne

Les méthodes modernes de contraception des femmes sont perçues par une partie des informateurs clés comme une source de stérilisation des femmes. Par contre, les méthodes contraceptives naturelles comme la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, l'abstinence sexuelle périodique, réclusion post-natale et les calculs du cycle menstruel sont bien appréciées par la population. Un homme de 61 ans ayant onze enfants a affirmé que ses femmes n'ont jamais utilisé la contraception moderne qu'il ne connaît même pas, mais elles ont toujours eu recourt aux méthodes naturelles. Voici ce qu'il dit à propos des naissances bien espacées de ses enfants:

«...mes femmes allaitent toujours leurs enfants pendant au moins deux ans. Ainsi, elles ne tombent enceintes qu'à la troisième année. Donc, c'est quand le grand frère commence à courir, que le petit nait. Tous mes enfants ont toujours eu un écart d'âge de trois ans au moins » [H2; 178-181]

A la question de savoir ce que pensent les hommes des méthodes modernes de contraception, un homme de 51 ans ayant 4 femmes et 18 enfants, rapporte n'avoir pas senti la nécessité d'autoriser sa femme à recourir à la contraception moderne:

« Je ne pense que ces contraceptifs modernes sont mauvais pour la santé des femmes. Ma femme pratique l'allaitement exclusif....Mais ses enfants se suivent à un rythme de trois ou de deux ans et demi. Je ne vais jamais permettre à ma femme d'utiliser ces méthodes du blanc dont on ignore ses conséquences» [H8; 879-884]

Il est conforté dans sa position par l'homme n° 20, 40 ans, monogame avec 5 enfants qui soutient que Dieu lui a donné comme chance d'espacer naturellement les naissances de ses enfants sans en avoir recours à un contraceptif moderne. Ainsi ces impressions sont exprimées ainsi qu'il suit:

«...les contraceptifs modernes, ce n'est pas bon. Moi je conseille mes femmes de suivre leur cycle....vous savez, il y a une période de fécondité que tout le monde connaît qu'il faut sauter. Si la femme est en règle, je peux faire 15 jours avant de la toucher. Parce que quand les règles coupent, du quatrième au septième jour, la femme peut tomber enceinte. Mais prendre des médicaments là, ce n'est pas bon, (...) Il vaut mieux rester naturel, ça c'est bon...» [H20; 2198-2205]

Le risque perçu de la contraception moderne par les hommes entraine le choix des méthodes naturelles ; en arrière-plan, la prégnance des rumeurs sur les effets secondaires l'emporte sur la vraie information.

En synthèse, ces logiques sociales en matière de procréation sus analysées entrainent une dénégation par les hommes des contraceptifs modernes des femmes à Tanlarghin, qui à leur tour sont soumises à des comportements procréateurs à risque. Mais, quelles visions les hommes s'en convainquent-ils des moyens contraceptifs modernes.

4.2.1.3 Vision septique des moyens contraceptifs modernes induite les effets secondaires

La question combien controversée des effets secondaires des contraceptifs modernes fait couler beaucoup de salive à Tanlarghin en défaveur de leur promotion, comme nous avons pu le remarquer lors des entrevues. Elle tient compte de l'influence des expériences douloureuses vécues et met en évidence l'amertume, le désarroi chez les couples.

☐ Vision septique induite par les effets secondaires de la pilule

La méthode contraceptive la plus connue est la pilule qui est même assimilée à des "comprimés" appelés "Tibissi" en langue mooré. Par contre, sa perception est parfois négative. C'est ainsi que cet homme n°20, 40 ans et 5 enfants dont la femme utilise les pilules s'exprime ainsi:

«...quand ma femme est allée un jour prendre les pilules, deux jours après, elle se sentait bizarre au point de ne plus arriver à aller au champ alors que nous étions en pleine saison hivernale. Elle n'arrivait plus à bien manger et avait des nausées et des *migraines...»* [H20; 2205-2208]

Cette préoccupation renvoie aux risques de santé que la pilule engendre. Dans ces conditions, son utilisation par les femmes est quelquefois déconseillée par certains hommes.

☐ Vision septique induite par les effets secondaires du stérilet

Le stérilet est perçu chez certains hommes comme un objet artificiel dont les effets sont néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant. Le témoignage suivant de l'homme n°3 de 56 ans en est une illustration:

«...ma femme avait mis le stérilet, mais il lui provoquait des vives douleurs et nous sommes partis l'enlever...car on m'a dit qu'il peut entrainer des maladies sur l'utérus de la femme pouvant conduire à sa mort ; il semble qu'il constitue un obstacle au plaisir *sexuel...»* [H3; 306-308]

En synthèse, les rumeurs qui sont propagées à l'endroit du stérilet sont quelquefois accablantes et consternantes. A travers les discours, nous avons pu extraire plusieurs accusations : il crée des infections, il blesse, il migre à l'intérieur de l'utérus, il rend stérile, il provoque le cancer, il endommage l'utérus, ses fils démangent le sexe de l'homme lors des relations sexuelles, etc.

☐ Vision septique induite par les effets secondaires du dépo-provera

Les injectables sont appréciés par rapport aux autres contraceptifs. Cette attitude fait partie des croyances populaires selon lesquelles les injections sont plus efficaces que les comprimés. Toutefois, leur usage est accompagné par des plaintes sur leurs effets secondaires. L'exemple du récit de l'homme n°23, dont ses 02 femmes n'utilisent pas de contraceptifs modernes pour causes d'expériences douloureuses, démontre cela :

« Ouand ma femme avait utilisé l'injectable, elle a eu des violents maux de ventre, ses menstrues se sont arrêtées. Je l'ai ramenée au centre de santé et le major nous a dit que cela était normal. Au fil du temps, elle a même eu mal au rein, mal aux pieds au point où j'étais obligé de faire des dépenses faramineuses ; c'est tout cela qui m'a conduit à interdire mes femmes d'utiliser ces moyens de contraception. » [H23 ; 2567-2571]

☐ Vision septique induite par les effets secondaires du norplant

A l'image des autres contraceptifs, le norplant fait l'objet de réprobation par certains hommes. L'exemple le plus expressif est celui de cet homme de 30 ans qui nous livre son témoignage par rapport à son expérience douloureuse vécue sur la contraception :

« Entre temps, j'ai décidé que ma femme utilise le norplant et elle a rencontré d'énormes problèmes. Deux mois après, ses règles se sont arrêtées, les douleurs au ventre sont apparues, nous avons fait plusieurs échographies et aujourd'hui on nous dit qu'elle a un problème de kyste. Par rapport à cela, j'ai décidé qu'elle n'utilise plus de contraceptifs modernes quoiqu'il advienne.» [H7; 951-955]

Ces propos laissent apercevoir l'incidence des effets secondaires liés aux contraceptifs qui désemparent les hommes en les amenant à avoir des attitudes dubitatives quant à l'usage de ces contraceptifs modernes par leurs femmes. Par ailleurs, un autre problème qui émerge est qu'une fois que le couple se trouve devant ces effets secondaires, ils sont laissés à euxmêmes. Ce qui pose la problématique de la prise en charge des effets secondaires.

4.2.1.4 Problématique de la prise en charge des effets secondaires amenant les hommes à être défavorables à l'usage de ces contraceptifs modernes par leurs femmes.

Le coût des soins des états morbides causés par les effets secondaires sur les femmes sont supportés par les hommes. Ces derniers se retrouvent souvent seuls face à des situations où ils doivent supporter eux-mêmes les coûts directs et indirects. A ce propos, nous présentons ici l'expression de désemparement de cet homme de 48 ans qui raconte que :

«...ma femme avait fait l'injectable; entre temps, elle s'est sentie malade, elle saignait continuellement. Ensuite, on lui a proposé de changer et elle a opté pour le norplant. Le saignement est même devenu très abondant et elle a été référée au CMA du 30. Malgré que je sois un homme pauvre, j'étais obligé de supporter tous les coûts du traitement que j'estime à peu près à 160 000 F CFA... je me suis rendu compte que ce coût dépasse même celui de la prise en charge d'un enfant que j'aurais eu » [H5; 539-545]

Par ces témoignages, il ressort un problème réel lié au coût du traitement des effets secondaires. Les intervenants dénoncent le fait que les coûts de soins de leurs femmes, liés aux effets secondaires ne soient pas pris en charge par l'État, qui du reste se révèlent, plus coûteux que le coût des contraceptifs.

4.2.1.5 Vision sceptique des moyens contraceptifs modernes induite par les rumeurs

L'analyse précédente a concerné les expériences douloureuses vécues par les femmes et leurs conjoints. Quant à cette section, elle s'appesantie sur les idées reçues et préconçues sur les contraceptifs qui ont été amplement abordées. L'utilisation de ces méthodes modernes de contraception est assujettie à de multiples rumeurs. Elles sont pointées du doigt par les enquêtés comme étant des facteurs qui démotivent plusieurs hommes à accepter que leurs femmes utilisent les contraceptifs modernes.

☐ Idées reçues sur les contraceptifs et préconçues sur les conséquences néfastes des contraceptifs modernes sur la santé de la femme

Un aspect non moins important qu'il convient de souligner est l'ampleur des «a priori» qui entourent la PCM des femmes en raison des rumeurs qui sont diffusées, alimentées le plus souvent par des hommes dont leurs femmes n'ont jamais eu recours à une pratique contraceptive. Ces raisonnements antérieurs à toutes expériences, angoissent nombre d'hommes. C'est ainsi que nous avons enregistré les propos suivants de l'homme n°8, ayant 4 femmes, dont aucune n'a déjà utilisée la contraception moderne qui déclare ce qui suit :

«...mon cousin qui est à Ouagadougou m'a dit que sa femme a utilisé les pilules de façon prolongée et a eu des problèmes. Les pilules se sont transformées en une matière ferme qui s'est amassée dans le ventre de la femme. Elle a été obligée de subir une intervention chirurgicale pour s'en débarrasser. Pour cela, je ne permettrai pas à ma femme d'utiliser les contraceptifs modernes.» [H8; 924-927]

A l'image de H8, les hommes s'en convainquent d'un certain nombre de préjugés sur la base d'idées reçues pour désapprouver l'usage des contraceptifs modernes par leurs femmes.

Il est rejoint dans ses propos par l'homme n°2 de 61 ans (dont ses trois femmes n'utilisent pas de contraception) qui raconte que :

« On m'a dit que le stérilet peut se perdre dans le ventre de la femme de telle sorte qu'il peut asphyxier l'enfant pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.» [H2; 198-200]

Dans la même logique, l'homme n°17, 29 ans dont sa femme utilise l'injectable a été exposé à des ouï-dire. A ce sujet, il raconte en ces termes que :

« Ma femme fait l'injectable chaque deux mois ; mais il y a des gens qui me l'ont déconseillé. Ils m'ont dit que lorsque la femme fait cette injection pendant longtemps, à sa mort, elle s'enflera d'une manière démesurée. » [H17; 1925-1928]

Pis, pendant notre présence à Tanlarghin, des histoires inquiétantes sur le Norplant qui circulaient dans la communauté nous ont été rapportées par plusieurs hommes. En cela, l'homme 4 nous révèle que :

« Plusieurs femmes s'étaient fait insérer gratuitement le Norplant durant la semaine PF et lors des campagnes de MSI. Nous avons appris que le Gouvernement demande que toutes les femmes retirent ces implants, car ils sont dangereux et pourraient disparaître dans le corps des femmes. D'ailleurs un délai au-delà duquel le retrait coûtera 80 000 *F CFA*.» [**H4** ; 445-449]

Ces genres de raisonnements préconçus, fondés sur des ouï-dire contribuent à renforcer les images négatives sur les contraceptifs et à effrayer celles qui voudraient en adopter.

☐ Confusion entre contraception moderne et infidélité des femmes

A lumière des entretiens, il se dégage aisément une relation entre contraception et les normes sociales de la sexualité féminine. Il existe une transposition de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes et une éventuelle débauche sexuelle chez elles. Ces conjectures semblent être liées à une peur de perdre le contrôle sur la fécondité et la sexualité de la femme. En ce sens, l'homme n°2, ayant 4 femmes opine avec acquiescement que:

«...j'ai appris que les contraceptifs augmentent le désir sexuel de la femme ; c'est donc un signe évident qui peut occasionner la débauche sexuelle chez elle...» [H2; 190-192]

A la question de savoir pourquoi les gens pensent que la contraception moderne occasionne l'infidélité de la femme, les réponses convergent vers les comportements libertins des femmes. C'est l'avis de cet homme n°23, 41 ans, ayant deux femmes, qui déclare :

« Quand une femme n'est pas sous contraception, elle n'ose pas tromper son conjoint puisqu'elle risque de contracter une grossesse extra conjugale qui va l'amener à connaître un accouchement dystocique pouvant conduire à la perte de sa vie; mais si elle utilise un contraceptif moderne, tout risque de grossesse est anéanti et c'est une voie ouverte pour le libertinage sexuel pour beaucoup de femmes» [H23; 2594-2598]

A la lumière de ces opinions fondées sur les suppositions, il se dégage qu'une femme qui ne peut pas tomber enceinte, mène une sexualité dissociée de la grossesse qui lui enlève la crainte d'aller voir d'autres hommes. Pour les hommes, un autre aspect qui justifie leur dédain pour la contraception moderne est le fait que son usage est permis même aux jeunes

célibataires, aux femmes hors mariage, favorisant la sexualité préconjugale et hors mariage. Pourtant, ce comportement est un interdit social. Ce faisant, l'homme n°8 de 51 ans, ayant 4 femmes nous rapporte que:

« ce qui est inadmissible dans la contraception moderne, c'est qu'elle ne cible pas exclusivement les femmes en union. On permet même aux filles qui n'ont pas de conjoint de la pratiquer. Alors que la sexualité chez les jeunes célibataires est une inconduite *sociale et morale.* » [H8; 930-933]

Cette norme d'interdit social d'une sexualité hors mariage pour les jeunes induit un rapport problématique avec la contraception moderne à Tanlarghin, où il est conféré une place de choix à la trilogie mariage-sexualité-procréation.

☐ Confusion entre contraception moderne des femmes et stérilisation du fait de de l'aménorrhée provoquée par les contraceptifs

En dehors des préjugés ci-dessus évoqués sur la contraception moderne qui l'assimile à l'infidélité, il y a des hommes qui lui adressent des dépêches de "stérilisant des femmes". Une crainte pour la fertilité future de leur femme en raison de l'aménorrhée causée par la contraception hormonale est également l'un des angles le plus récriminé au cours des entrevues. L'aménorrhée inquiète, puisqu'elle est le présage pour plusieurs hommes d'une infertilité potentielle de la femme. Le fait qu'une femme ait ses règles mensuellement est signe de jouissance de sa fertilité et l'arrêt des règles trouble ces hommes qui veulent que leurs femmes donnent naissance encore à des enfants. Les rumeurs issues du village de Tanlarghin à ce sujet sont sources de vives inquiétudes pour les hommes. Ainsi, ils ont été nombreux les hommes qui ont exprimé leurs peurs de ne plus avoir d'enfants suite à une période d'aménorrhée provoquée par l'utilisation d'un contraceptif moderne. Cette occurrence est illustrée par le récit de l'homme n°17 de 29 ans pour qui la femme utilise un contraceptif :

« Il y a des femmes qui ont vu leurs règles coupées après l'injection ou le norplant. Alors que nous savons tous que lorsqu'une femme arrête de voir ses règles, elle ne peut plus prendre une grossesse C'est ce qui amène beaucoup d'hommes à ne pas être d'accord que leurs femmes utilisent les contraceptifs.» [H17; 1942-1944]

Les répondants considèrent l'aménorrhée comme un indice d'infertilité et la survenue régulière des menstrues appelées "pékré" dont la signification renvoie à "purification", est considérée comme épuration divine du corps de la femme qui lui procure la santé. Pourtant, à l'inverse des inquiétudes exprimées sur l'aménorrhée, d'autres hommes avancent des préoccupations fondées sur des représentations culturelles du sang causé par les contraceptifs.

☐ Représentations du sang causé par les contraceptifs qui amènent les hommes à être défavorables pour leurs utilisations

A la lumière des discours, il ressort que les contraceptifs modernes provoquent des saignements (spotting) chez les femmes qui ont des répercussions, sur la vie sociale et intime des femmes ; celles-ci ne pouvant plus prier, ni travailler, ni être disponible à tout moment pour l'homme pour les rapports sexuels. Evoquant cette situation, l'homme n°19 de 59 ans dont les deux femmes sont sous contraception témoigne que :

« J'ai été durement victime de ces contraceptifs modernes ; la longue période de saignement, provoquée par le contraceptif que ma femme a été victime l'an passé n'a pas été simple pour moi. Premièrement, durant tout le mois de ramadan, elle n'a pas pu observer ni le jeûne, ni les prières. Deuxièmement, on m'avait dit que ce sang ne devait pas me toucher parce que ça peut soit me rendre malade, soit me rendre impuissant,...conséquences, on n'avait plus de rapports sexuels;...(huin!) Vous voyez, ce saignement a duré trois mois et je me demande s'il n'a même pas eu des retentissements sur la santé de ma femme.» [H19; 2166-2172]

Ces représentations culturelles du sang causé par les contraceptifs amènent certains hommes à être défavorables à l'utilisation des contraceptifs par leurs femmes.

☐ Lien nocif supposé en la semence masculine et le lait maternel amenant les hommes à se départir des contraceptifs et des rapports sexuels pendant l'allaitement

Les croyances associées au lien dangereux et prohibé entre le sperme et le lait, amènent quelques hommes à ne pas suggérer l'utilisation des contraceptifs modernes à leurs femmes. Pour ces hommes, il faut exclure tout rapport sexuel avec une femme qui a accouché avant 12 mois, le temps que le lait ne soit plus l'aliment principal de l'enfant. C'est plutôt l'abstinence post-partum qui est préconisée. A cet effet, un tenant de ce postulat, l'homme n°23 dont les deux femmes ne sont pas sous contraception nous a signifié que :

« pendant les 12 premiers mois après l'accouchement où l'enfant a comme principale nourriture le lait maternel, il est proscrit d'entretenir des rapports sexuels avec sa femme pendant cette période, car la semence masculine qui va en dériver provoque des "saanga" (en français, signifie diarrhées), des "louila" (nom donné aux convulsions chez l'enfant), des "koom" (nom donné aux accès fébriles chez l'enfant); au pire des cas ça pourrait même entrainer la mort de l'enfant. » [H23; 2942-2944]

Ce chapitre a mis en exergue que les logiques sociales en matière de procréation marquées par un désir d'une progéniture nombreuse, les effets secondaires, le poids des rumeurs, déterminent l'attitude de désapprobation de la PCM des femmes par les hommes. Ces hommes rattachent la contraception moderne à l'avortement, à l'infanticide et à la stérilisation féminine et préfèrent la contraception naturelle.

En somme, une multitude de déterminants concourt concomitamment ou individuellement à la désapprobation de la PCM des femmes par les hommes. Place maintenant aux Relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes.

4.2.2 Relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes

De l'analyse des relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes, il ressort un niveau de dialogue déficient sur la contraception moderne dans les couples, une crainte de la transgression de l'autorité masculine par la femme et une relégation de la contraception féminine à la seule responsabilité de la femme.

4.2.2.1 Niveau de dialogue déficient sur la contraception moderne dans les couples

☐ Absence de prise de décision consensuelle pour la pratique contraceptive de la femme dans le couple

Dans le village de Tanlarghin, la contraception moderne, se heurte entre autres à des interdits à caractère religieux, moral et social avec pour corollaire une insuffisance de communication autour de la contraception entre partenaires conjugaux. Les hommes n'accordent pas de l'autonomie aux femmes pour la PCM. Pendant nos observations, nous avons remarqué que certaines trouvent des stratégies pour la faire sans briser leurs relations conjugales et sociales. Elles prennent les contraceptifs en cachette. De même, certains hommes ne parlent pas de la contraception avec leur compagne, quel que soit la durée de leur relation. H14, ayant 50 ans, 2 femmes et dont les femmes n'utilisent pas les contraceptifs modernes, est en couple depuis 22 ans. Il n'a jamais parlé de la contraception avec ses conjointes et manifeste clairement son désaveu pour s'investir dans une quelconque PCM de ses femmes. Il affirme à ce effet que :

« Je n'ai jamais parlé de la contraception avec ma femme [...] J'évite même d'avoir des discussions autour de ça, car je vous l'ai dit, je ne veux pas qu'elle les utilise; les contraceptifs ne sont pas de bonnes choses... » [H14; 1632-1634]

☐ Le dialogue sur la contraception, un sujet tabou pour les hommes

Il semble exister un tabou dans le dialogue sur la contraception. Les hommes sont rarement à l'aise de parler de la contraception. Nous avons constaté que généralement les hommes interviewés manifestent une gêne lorsqu'il s'agit de discuter de contraception avec la femme. A cet effet, la question de savoir si l'homme discute avec sa femme, la majeure partie des hommes rigolent. Nous avons retenu les propos de H24 de 40 ans dont la femme n'utilise pas la contraception moderne qui relatait ceci:

«Votre question n'est pas facile et ce n'est pas trop mon sujet de conversation, personne ne parlerait de ça avec sa femme, surtout pas dans notre société.» [H24; 2701-2703]

D'autres admettent franchement que discuter de la contraception n'est pas aisée car la contraception n'est pas un sujet de prédilection pour un homme. C'est un thème difficile à aborder qui paraît tabou et il existe une impression de fuite face à ce sujet. S'inscrivant dans cette logique H14, homme de 70 ans, polygame avec deux femmes nous a répondu ceci:

«...[honn!]... Il y a tellement de problèmes dans la vie quotidienne qu'il n'est pas nécessaire d'en inventer d'autres. Mes femmes n'ont jamais utilisé les contraceptifs modernes et je n'ai pas besoin de parler de ça avec elles. D'ailleurs, nous nous plaignons contre vous les agents de santé. Pourquoi quand une femme ne vient pas avec son mari vous lui donnez les contraceptifs? Pire, j'ai même appris que maintenant, on donne même les contraceptifs aux jeunes filles.» [H14; 1601-1603]

C'est certainement de là que provient l'embarras de certains hommes à la contraception moderne car pour eux, accepter que leur femme la pratique serait d'accepter l'idée qu'elles puissent vivre une sexualité dissociée de sa fonction procréatrice.

4.2.2.2 Crainte de la transgression de l'autorité masculine par la femme

A ce sujet, un phénomène social a émergé des discours et nous optons de le dépeindre. Il s'agit du fait pour une femme de prendre des contraceptifs à l'insu du mari. Une analyse de ce fait nous semble palpable pour une compréhension complète de la dynamique et des relations du genre dans le couple sur la pratique contraceptive de la femme.

☐ Réprobation des conjoints de l'utilisation clandestine des contraceptifs par les **femmes**

Les contraceptifs modernes apparaissent souvent comme un moyen de dégradation des rapports du couple. De ce point du vue, une femme qui arrive à pratiquer la contraception moderne à l'insu de son conjoint encoure des réprimandes voir même des punitions. Cette évidence est signifiée par ces avertissements proférés par les hommes interrogés à leurs femmes. Voici les témoignages de l'homme n°12 de 42 ans qui souligne que :

«...souvent les femmes vont contracter une méthode contraceptive sans l'avis de leur mari...mon cas est patent; un jour, ma femme est allée au CSPS s'entendre avec un agent de santé pour se faire placer le norplant sans mon avis en tant que son époux,

garant et répondant de cette dernière. J'ai découvert cela trois jours après, par la présence des implants dans la face interne de son bras gauche. Je l'ai purement et simplement conduit au CSPS et j'ai exigé le retrait inconditionnel de cet implant en 10 minutes maximum. Ce qui fut fait d'ailleurs en 5 minutes. Après cela, elle m'a demandé pardon et a juré que ça sera sa première et sa dernière fois...» [H12; 1390-1396]

Ces propos sont soutenus par H13, 75 ans, dont les deux femmes n'utilisent pas de contraception moderne qui est quasiment au bord de la colère quand il affiche ceci :

«Ok,...onhhhh...! chez moi ici, si je découvre que ma femme utilise les contraceptifs sans mon autorisation, c'est qu'elle ne veut pas rester avec moi donc je vais la libérer. Si moi je veux des enfants et qu'elle utilise ces moyens, on ne pourra pas s'entendre ; il est mieux de la remettre à ses parents. » [H13 ; 1390-1396]

Cette expression en rapport avec une éventuelle fracture des couples illustre le risque encouru d'une prise de liberté par les femmes qui prennent la contraception sans l'autorisation de leurs conjoints. Dans ce sens, la contraception est révélatrice des rapports de pouvoir inégalitaire dans le couple. On voit ici combien il est difficile à la femme de décider de son itinéraire génésique même après avoir prouvé sa fécondité. La pratique de la contraception par une femme mariée se fait souvent discrètement, les hommes considèrent les femmes qui en font usage comme des libertines sexuelles à la seule recherche du plaisir. Le plaisir sexuel de la femme étant une chose que les hommes condamnent et que les femmes elles même s'interdisent de revendiquer. A cela s'ajoute une peur de la perte de pouvoir pour l'homme. En pratiquant la contraception, la femme sera seule à décider de sa vie féconde et cela, les hommes le vivent comme une dépossession de leur pouvoir.

☐ Exultation du devoir de soumission de la femme à son conjoint en adéquation avec la socialisation

Il est ressorti des interviews, que la femme a un devoir d'obéissance à la volonté de son conjoint et il n'est pas question pour elle, qu'une initiative provienne d'elle, de contracter une méthode moderne de contraception à l'insu de son conjoint. Ce comportement est du reste synonyme d'intentions inavouées de sa part (l'infidélité) de l'avis de certains hommes. On peut retenir les dires de H9, de 38 ans dont la femme utilise une contraception, qui s'exprime en ces termes

«...une femme qui pratique la contraception moderne à l'insu de son conjoint, n'a pas pour objectif d'espacer les naissances intraconjugales, mais c'est plutôt pour éviter les grossesses non désirées extraconjugales...» [H9; 1049-1054]

Il est renforcé par la position de l'homme n°13, 75 ans dont les deux femmes n'utilisent pas de contraceptifs modernes, qui abonde dans le même sens en affirmant que:

« C'est le choix du conjoint qu'il faut respecter. Si tu maries une femme, tout ce qu'elle veut faire, elle doit requérir ton autorisation. Ce n'est pas normal qu'une femme cache à son mari, le fait qu'elle utilise un contraceptif moderne, si tel est le cas, elle a une intention inavouée et elle a quelqu'un d'autre en dehors de son mari » [H3; 1835-1838]

Le mari se présente donc comme une figure dominante dans le couple et influe sur la décision de la femme à propos de l'utilisation de la contraception.

4.2.2.3 Relégation de la contraception féminine à la seule responsabilité de la femme

☐ La contraception vue comme une affaire des femmes

A travers les entretiens, nous avons pu remarquer que malgré les connaissances qu'ont les hommes sur la contraception, peu s'investissent réellement dans le soutien de leur partenaire dans sa PCM; les déclarations de l'homme n°20, de 40 ans, dont la femme est sous contraception en sont révélatrices. Il s'exclame en ces mots :

«...pour la contraception, c'est ma femme qui gère, c'est elle qui va chercher les contraceptifs au CSPS et c'est elle qui les prend... Enfin, je ne participe pas du tout à quoi ce soit. C'est à la femme de s'occuper de ça (rires)» [H20; 2269-2271]

Il poursuit en affirmant ce qui suit :

«...vous savez, si la femme part déjà, nous les hommes nous trouvons que c'est déjà suffisant, et nous pouvons profiter vaquer à autre chose. Et puis si elles se retrouvent entre femmes la causerie est encore meilleure; les femmes se sentent toujours mieux lorsqu'elles se retrouvent.» [H20; 2287-2289]

Nous avons tout de même rencontré trois hommes qui prennent à cœur leur rôle d'accompagnement de la femme et ont la volonté de partager la responsabilité contraceptive. Ces trois correspondent aux trois jeunes hommes qui conçoivent la progéniture réduite comme un moyen et une fin pour le bonheur et la liberté. A cet effet, nous avons retenu un extrait de verbatim d'un des leurs (l'homme n°22, 36 ans avec 4 enfants et une femme sous contraceptif) qui atteste que :

«...moi, je suis allé au moins deux fois avec ma femme au centre de santé pour l'adoption de la contraception [...] Oui je pense que c'est important qu'on soit avec notre compagne pour la contraception, parce qu'au final un enfant ça se fait à deux, ce n'est pas seulement la femme qui doit s'en préoccuper... » [H22 ; 2534-2537]

Cependant, nos observations montre que ce sont les femmes, bien plus que les hommes, qui expriment le besoin de pratiquer la contraception et cela donne quelque part raison à la formule qui nous a tant été répétée : "la contraception est une affaire des femmes".

☐ Répugnance pour l'accompagnement des femmes au centre de santé pour la contraception.

Dans le contexte de Tanlarghin, accompagner sa femme en maternité donne l'air "d'un homme faible", dominé par sa femme. C'est que confirme l'homme n°1, 30 ans, dont la femme pratique la contraception volontiers de plein gré, estime que:

«Je veux bien accompagner ma femme au CSPS...mais, dans notre contexte à Tanlarghin, quand un homme se rend avec sa femme au centre de santé, si ce n'est pas pour question de maladie, les amis se moquent de lui. Si je prends mon exemple, un jour je revenais du CSPS avec ma femme et un de mes amis m'a posé une question ironique: qu'est-ce qu'il y a ?; es-tu maintenant à la merci de ta femme?... » [H1; 96-99]

On se rend compte que l'accompagnement de sa femme au centre de santé, si ce n'est pour des raisons de maladie, est vu comme un signe de faiblesse de la part de l'homme ou de domination de l'homme par la femme. Ce sentiment est nourri par même les hommes qui approuvent la PCM des femmes.

☐ Allégation des contraintes de travail et de temps par les hommes

Par ailleurs, une raison importante pour le faible taux d'accompagnement des femmes par les hommes au CSPS serait l'impératif qui est fait à l'homme de travailler pour subvenir aux besoins de la famille. C'est le sentiment que nous livre l'homme n°15 dont la femme se rend au centre de santé sans lui pour contracter la contraception à l'image d'autres hommes :

«Je n'ai jamais accompagné ma femme au centre de santé, ...tu sais, l'homme est le chef de la famille ; il doit sortir et trouver le nécessaire pour nourrir la famille. Il part tôt le matin et rentre tard. Son emploi du temps ne lui permet pas de se rendre au centre de santé. » [H15; 1753-755]

Dans les échanges avec les répondants, il est ressorti que les heures pendant lesquelles les hommes ne travaillent pas ne coïncident pas avec les heures d'ouverture de la maternité où ont lieu les prestations de contraception moderne. Les jours de disponibilité de ces hommes ne coïncident pas avec ceux des prestations de la contraception moderne qui ont lieu généralement du lundi au vendredi. A ce sujet, l'homme n°7 de 30 ans dont les deux femmes ne sont pas sous contraceptifs nous a laissé entendre que :

« Je ne suis disponible pendant la semaine, que le dimanche alors que ce jour, je ne peux pas aller au centre de santé.... » [H7; 808-809]

Quand, finalement les hommes se rendent au CSPS, ils n'ont pas le temps d'attendre alors que nos observations ont révélé des temps d'attente souvent de plusieurs heures. Ces longs temps d'attente deviennent encore plus pénibles pour eux quand ils sont entourés de femmes. De ce point du vue, comment les hommes apprécient l'organisation de l'offre de la contraception en leur faveur par les structures de santé ? Mieux, les services satisfassent-ils les besoins des hommes? C'est l'objet du point suivant.

4.2.3 Adéquation des besoins des hommes par rapport aux services de santé

Les résultats présentés dans cette section proviennent d'une part des interviews et d'autre part des observations participantes réalisées au centre de santé. Pour ce faire, nous avons mis en perspective la dynamique relationnelle entre prestataires et les clients et clientes qui pourrait être à l'origine d'une attitude défavorable de l'homme face à la PCM de sa femme dans le centre de santé. Nous avons tenté à cette fin, de répondre à deux questions essentielles: Comment se présente le cadre de prestations de la contraception moderne et comment s'expriment concrètement les relations entre prestataires et les clients et clientes lors des consultations ? Les éléments de l'observation participante nous ont permis de mieux appréhender et de trianguler les déclarations des répondants. De façon synthétique, les sous thèmes qui ont émergé ont concerné l'accessibilité des services de contraception moderne à travers, la "féminisation" des services de santé maternelle et infantile, l'insuffisance de l'accueil des hommes dans les services de SMI, l'inadaptation des structures et équipements qui ne permettent pas l'implication des hommes, la faible qualité des counselings sur les méthodes contraceptives et les lacunes issues des approches de communication des agents sur la contraception moderne.

4.2.3.1 Féminisation des services et prestations de contraception moderne

Les discours des hommes tendent à récriminer l'offre discriminatoire des prestations de contraception à un seul membre de la famille, en l'occurrence la femme, en ne tenant pas compte de leur accord. Pour eux, l'offre de la contraception devrait cibler les deux membres du couple et non la femme seule. Critiquant cette situation l'homme n°7 dont le discours laisse découvrir aisément sa désapprobation de la PCM des femmes a révélé que:

«...nous les hommes, nous sommes exclus, par le personnel de santé; les agents de santé sous peine que la loi autorise les femmes à contracter une méthode contraceptive librement, fournissent à ces dernières les contraceptifs sans l'aval de leurs conjoints; ça! Ce n'est pas normal» [H7; 817-820]

Il poursuit dans ses propos en affirmant que :

« D'ailleurs, chez nous, on a l'habitude de dire que les problèmes rencontrés chez les femmes trouvent leurs solutions et se règlent chez les hommes ...» [H7; 820-821]

Ces propos apparaissent comme une objection pour les hommes d'être considérés comme de simples "personnes facultatives" par les services de contraception moderne. Ils désirent plutôt être considérés comme "partie prenante cardinale" dans l'offre des services de contraception féminine. Pendant nos observations, nous avons remarqué qu'au CSPS de Tanlarghin, l'offre des services de contraceptions ont lieu en maternité où d'ailleurs chaque jour, les clientes de contraception partagent les mêmes espaces et places que les autres femmes venues pour les CPN, les accouchements avec leurs accompagnantes, les femmes accouchées récentes, les femmes venues en consultation postnatale avec leurs enfants. Alors, les hommes perçoivent ces services comme des "espaces pour les femmes". À cette fin, voici la réponse tangible de l'homme 6 ayant 35 ans et dont la femme utilise un contraceptif qui traduit une réfutation à la question de savoir si pourquoi les hommes n'accompagnent pas leurs femmes en consultation de contraception moderne:

« Non je ne l'ai pas encore fait ; je n'aime pas fréquenter le milieu des femmes. Quand tu pars à la maternité, tu ne trouveras que des femmes ; donc moi homme, je serai très mal à l'aise d'y être. » [**H6** ; **703-704**]

Cet environnement à caractère féminin, suscite une répugnance et crée une aversion chez les hommes qui ont accompagné leurs femmes. Dans la plupart des cas, ces derniers se sentent obligés de se retirer sous les arbres en attendant que la femme puisse faire la consultation et venir lui faire le bilan (Constats pendant nos observations). Un tel contexte inhospitalier pour les hommes, se conjugue avec la considération de la femme comme une "propriété de l'homme" dans la communauté de Tanlarghin. C'est l'avis de l'homme 9 de 38 ans qui a accédé à la requête de sa femme en l'autorisant de pratiquer la contraception moderne. Il trouve que l'avis de l'homme est indispensable avant toute PCM de la femme. A ce sujet, il s'exclame en ses termes :

« Ce n'est qu'avec notre aval que les femmes doivent entreprendre toute chose, surtout, prendre des médicaments pour arrêter d'enfanter, l'homme doit être consulté et sa décision est indispensable car la femme est la propriété de l'homme.» [H9 ; 1070-1072]

Ces hommes prônent une réorientation des consultations de contraception moderne afin qu'ils ne soient plus destinés qu'à la seule composante féminine en interpellant les services de santé que la légalité qui permet à la femme de contracter librement un contraceptif ne doit pas ignorer la légitimité de l'accord préalable de son époux.

4.2.3.2 Environnement de l'offre de services de prestations de contraception moderne jugé peu accueillant pour et par les hommes

☐ Faible qualité de l'accueil des hommes dans les services de prestation de contraception moderne

Les hommes ne se sentent pas les bienvenus, car on manque d'attention à leur égard. Les trois hommes qui ont accompagné leurs femmes en consultation de contraception moderne et qui ont été enrôlés dans notre échantillon étaient tous unanimes sur leur sentiment d'être ignorés et inconsidérés par le personnel de santé. Nos observations l'ont prouvé, ils n'ont pas été exhortés à prendre part au counseling en vue d'un partage de la responsabilité contraceptive avec leurs femmes. C'est la raison pour laquelle H1, 24 ans qui dit accompagner souvent sa femme en consultation nous fait remarquer que :

« Toutes les fois que j'ai accompagné ma femme en maternité, on ne m'a jamais dit de rentrer avec elle, donc je reste sous les arbres pour l'attendre.» [H1; 143-147]

Poursuivant ses critiques en rapport avec l'accueil hostile réservé aux hommes, il ajoute :

« Les hommes ne sont jamais la bienvenue en maternité; même quand tu accompagnes ta femme pour les pesées, les agents de santé disent d'attendre dehors, ils ont recours à toi juste pour te remettre l'ordonnance; malheureusement l'occasion ne nous a jamais été donnée de critiquer ce comportement des agents de santé.» [H1; 147-150]

Il faut noter que ces ressentis du caractère peu accueillant des services de SMI à leur égard et les sentiments d'être mis à l'écart par rapport à l'offre de contraception de leurs femmes constituent une des raisons de désapprobation des hommes de la PCM des femmes. Les discours dénonciateurs du mauvais accueil dans le service de contraception relayés par certains clients sont confirmés par nos observations. Le ton utilisé est rarement amical et le langage communique peu de chaleur et médiocrement de la compassion.

☐ Durée d'attente longue au niveau des services de prestation de contraception moderne

De longs moments d'attente sont imposés aux clientes. Ces longs moments sont étroitement liées aux retards et aux modes de tri des patientes. Selon nos observations, de façon générale, les prestataires viennent après les clientes/clients qui dans leur majorité viennent autour de 7h afin d'occuper les premières places. Les longs temps d'attente sont généralement mis à profit par les clients assis dans le hall ou sous les arbres, pour fustiger cette attitude des prestataires. C'est le cas de cet homme de 30 ans qui a accompagné sa femme en consultation, visiblement mécontent, nous a livré ses sentiments en ces termes pendant nos observations:

«Quelle que soit l'heure que tu viens ici, tu gâches une journée entière ; pire, ce qui est regrettable, c'est qu'on a l'impression que les agents de santé ne se rendent même pas compte de cela. Tu sais, moi je voulais aller en brousse après la consultation de ma femme pour déblayer mon champ; mais l'heure qu'il fait ne me permet plus; je pense d'ailleurs que prochainement ma femme viendra seule.» [NTDR ; dires d'un homme qui a accompagné sa femme en consultation pour contraception]

Nos observations systématiquement orientées sur le parcours des femmes venues en consultation de contraception confirment largement des problèmes de tri. Ce tri bien qu'obéissant aux règles de préséance et d'équité est souvent perturbé et taxé de critiques acerbes, parce que non compris par les clientes/clients. Nous avons remarqué qu'il y a bien des femmes qui viennent en consultation prénatale (CPN) qu'en consultation de contraception moderne et/ou en consultation gynécologique simple. L'organisation mise en place commande des catégorisations ou des regroupements selon le type de consultation. Ce qui fait qu'une cliente venue en CPN en dernière position peut avoir la chance de passer avant celles qui sont arrivées avant elle pour la contraception moderne, suite au hasard du tirage de son groupe. C'est vraisemblablement le sens de la réflexion que nous livre cet homme de 42 ans, pendant nos observations, qui a accompagné sa femme en consultation pour contraception.

« Les agents de santé ne sont pas objectifs au moment de procéder au tri, ils ne tiennent pas compte de l'ordre de préséance. Il y a des patientes dont la tête plaît plus que d'autres. Je pense que rien n'est fait au hasard.» [NTDR; dires d'un homme qui a accompagné sa femme en consultation pour contraception]

4.2.3.3 Inadéquation de la rhétorique promotionnelle des agents de santé sur les contraceptifs

L'expression "roguin tongon zan" qui se traduit par avoir les enfants à la hauteur de ses moyens, rejoint les discours incommodes prônés par maints agents de santé pendant les sensibilisations selon les hommes interrogés. C'est que confirme H21, 42 ans, dont la femme ne pratique pas la contraception en ces propos:

«...plus on a les moyens, plus on est autorisé à avoir plus d'enfants ; c'est nous les paysans que vous taxez de pauvres et vous pensez qu'on ne doit pas avoir assez *d'enfants...il ne faut pas nous flatter.»* **[H21 ; 2454-2456]**

Cet homme apparemment, rebuté contre les discours inattentifs des agents de santé à leur endroit poursuit son raisonnement en disant :

«Les blancs qui sont les précurseurs de la technologie contraceptive ont plus d'argent que nous, pourquoi ils ne font pas beaucoup d'enfants? Dire qu'il faut avoir peu d'enfants selon ses moyens limités est injuste. Ces blancs ont simplement des intentions inavouées pour réduire la population surtout celle noire. » [H21; 2456-2459]

Cette interprétation déboucherait sur des contraintes issues de la contradiction entre communication et culture dans le contexte de développement du monde rural de Tanlarghin.

4.2.3.4 Lacunes des approches de communication des agents sur la contraception moderne

En générale, les constats qui se sont dégagés de nos observations de cinq séances d'éducation sur la contraception moderne sont éloquents. La question de la contraception moderne relève du domaine préventif alors que le personnel de santé dont l'effectif est insuffisant met beaucoup plus l'accent sur le curatif. La séance d'éducation sur la contraception moderne se fait trois fois par semaine. Toutes les femmes n'ont pas l'occasion d'être exposées à ces séances qui durent une dizaine de minutes. Les hommes qui accompagnent leurs femmes sont totalement ignorés des séances de sensibilisation et ne sont pas invités à y participer. L'approche de communication pendant les causeries se fait de manière directive et ne favorise pas l'interaction avec l'auditoire encore moins sa participation. Nous avons relevé un message des agents de santé contenant des assertions adverses aux hommes telles :

« Vous les femmes qui êtes là, vous devez prendre vos sorts dans vos mains. On a constaté que tous les travaux ménagers sont faits par vous. Vous êtes les premières à vous lever et toujours les dernières à vous coucher. Vous ne disposez pas pratiquement de temps ni la journée, ni la nuit pendant laquelle vous devez vous assurer que les enfants dorment et vous occuper des hommes avant de vous coucher. Imaginez-vous si vous avez beaucoup d'enfants et pire des enfants rapprochés; utilisez donc la contraception moderne.» [NTDR; dires d'un agent de santé pendant la sensibilisation]

De même l'agent de santé qui expose se présente comme une autorité qui donne des ordres sans autre forme de procès. Un agent de santé animant une causerie un jour, qualifiait de lâches et d'irresponsables les pères de famille qui ne permettent pas à leurs femmes de pratiquer la contraception moderne. Il s'exprimait en ses termes:

« A quoi bon mettre au monde des enfants dont on ne pourra assumer l'alimentation, les soins de santé, la scolarisation, bref, la qualité de vie! Si les couples ne font pas attention, leur nombreuse progéniture peut être une source de misère. De ce point de vue, les parents devraient avoir des enfants à la hauteur de leurs moyens pour les faire vivre dignement.» [NTDR; extraits des résultats des observations en rapport avec les dires d'un agent de santé pendant la sensibilisation]

Dans la même lancée, au cours d'une séance de causerie, un autre agent soutient que:

« Les croyances populaires selon lesquelles avoir un enfant, c'est accomplir la volonté de Dieu et ce serait donc ingrat, de refuser cette volonté gratuite et généreuse de Dieu, est une attitude anachronique et dépassée.... face à cette situation, nous vous proposons les méthodes contraceptives modernes conduisant à la limitation des naissances » [NTDR; extraits des résultats des observations en rapport avec les dires d'un agent de santé pendant la sensibilisation]

Ces discours ci-dessus présentés prouvent à suffisance des lacunes dans les approches de communication des agents de santé sur la contraception moderne. De ces discours, naissent des tensions avec la mentalité locale des hommes selon laquelle, les contraceptifs modernes des femmes se révèlent comme un frein à la procréation qui relève de l'altruisme du tout puissant Créateur. Hormis la famille et l'environnement social, les données récoltées donnent à penser que les institutions sanitaires ne sont pas en reste dans l'explication de l'attitude de désapprobation des hommes face à la PCM des hommes. Tout compte fait, l'attitude défavorable des hommes est aussi le miroir par lequel les services de santé peuvent mesurer l'efficacité de ses interventions en matière de communication, l'adéquation de la configuration de l'organisation de l'offre de la contraception en rapport avec la construction des interfaces prenant en compte les besoins et les attentes des hommes.

Après avoir mis en exergue une multitude de raisons qui amènent les hommes à avoir une attitude favorable ou défavorable vis-à-vis de la PCM des femmes, il nous est opportun d'établir une synthèse des résultats de l'étude en guise de conclusion de ce chapitre.

4.3 Synthèse des résultats de l'étude

Des résultats de notre étude, il s'est avéré en synthèse que les raisons qui amènent les hommes à être défavorable à l'utilisation de la contraception moderne des femmes sont : (i) les logiques sociales en matière de procréation marquée par un désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons : (a) familiales, (b) spirituelles, (c) économiques, (d) sécuritaires ; (ii) les effets secondaires et la problématique de leur prise en charge ; (iii) les rumeurs : (a) croyances locales et religieuses (b) préoccupations par rapport au sang et à l'aménorrhée causés par les contraceptifs; (c) liens nocifs supposés de la semence masculine sur le lait maternel amenant les hommes à se départir des contraceptifs qui permettent des rapports sexuels pendant l'allaitement, (d) assimilation de l'utilisation de la contraception moderne à des avortements, infanticides et à la prostitution, imitation injustifiée et hasardeuse des occidentaux car derrière les contraceptifs se cache un intérêt inavoué de ces derniers (e) confusion entre contraception moderne des femmes et infidélité ces dernières, (f) confusion entre contraception moderne des femmes et stérilisation ces dernières ; (iv) la préférence de la contraception naturelle en lieux et place de la contraception moderne; (v) incertitude sur la survie des enfants dans un contexte mortalités infantiles élevées ; (vi) les raisons liées au système de santé: (a) la féminisation des services et prestations de contraception moderne ; (b) inadaptation de la rhétorique promotionnelle des agents de santé sur les contraceptifs; (c) environnement d'offre de services de prestations de contraception moderne peu accueillant pour les hommes ; (d) les lacunes des approches de communication des agents sur la contraception moderne ; (vii) Les rapports socialement construits entre les hommes et les femmes sont inégalitaires au détriment de la femme engendrent : (a) un niveau de dialogue déficient sur la contraception moderne dans les couples; (b) une crainte de la remise en cause du statut de masculinité (c) la relégation de la question de la contraception à la seule responsabilité féminine, influencent défavorablement la négociation ou le consensus entre les partenaires qui doit aboutir à la pratique contraceptive de la femme.

A l'opposé, il est ressorti des résultats que certains hommes quoique marginaux, ont marqué leur approbation vis-à-vis des contraceptifs modernes des femmes en reconnaissant le bienfondé de la contraception en rapport avec l'espacement des naissances sur la santé de la femme et de l'enfant.

Après la synthèse des résultats, il nous est opportun d'établir un rapprochement entre nos résultats avec ceux d'études antérieures en faisant ressortir les écarts et les similitudes à travers la discussion des résultats. Cette démarche constitue le point suivant.

CHAPITRE V:

Discussion

CHAPITRE V: DISCUSSION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous procédons à la discussion des résultats après quoi nous livrons une autocritique de l'étude à travers une mise en exergue des limites et biais possibles. L'objectif général de notre étude a été de comprendre les déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes en milieu rural burkinabè. Pour ce faire, nous avons identifié des thèmes de départ à travers une revue de littérature qui ont été réadaptés et complétés par les discours des enquêtés et organisés en trois représentations thématiques. La première représentation thématique s'intéresse aux logiques sociales en matière de procréation; la deuxième se rapporte aux relations du genre au sein du couple sur la PCM des femmes et la dernière est relative aux besoins et attentes des hommes, en matière d'offre de service de contraception moderne. Ces représentations thématiques qui ont permis la présentation des résultats sont également les points autour desquels, nos discussions se focalisent. En outre, cette rubrique nous a offert l'opportunité d'établir un rapprochement entre nos résultats avec ceux d'études antérieures en faisant ressortir les écarts et les similitudes.

5.1 Déterminants de l'attitude d'approbation des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes

Les résultats de notre étude montrent que des hommes, quoique minoritaires sont favorables à la PCM des femmes. Les informations qualitatives obtenues des entrevues avec eux montrent que l'espacement des naissances s'accompagne d'une bonne santé de la mère et de l'enfant. D'autres arguments qui militent en faveur de la position d'approbation de la PCM des quelques rares hommes se fondent sur le bien-être de la famille. Mieux, ce groupe d'hommes est conscient que la grande fécondité entraine l'appauvrissement des ménages et trouvent la motivation de permettre à leurs femmes d'utiliser les méthodes contraceptives, car ils ne désirent pas avoir des enfants dont ils ne seraient incapables de répondre à leurs besoins fondamentaux. De même, l'attitude favorable des hommes pour la contraception moderne des femmes est exprimée lorsqu'ils décident de mettre fin à la vie reproductive de la femme pour se conformer aux normes sociales (« Je trouvais honteux que ma femme soit grand-mère et qu'elle continue d'accoucher en même temps que nos filles... »H4). L'utilité de la contraception, reconnue par sa fonction d'espacement des naissances a été percevable également à travers des éléments de sémiologies populaires qui sont d'ailleurs mésestimant et stigmatisant à l'endroit de ceux qui ne pratiquent pas l'espacement des naissances que nous avons pu extraire des discours. Il s'agit entre autres du "Pondré", qui qualifie un enfant né à moins de deux ans que son grand frère. Cette sémiologie populaire locale recouvre plusieurs aspects de la procréation. On parle également du "Yandbila", qui est un enfant souffreteux qui qualifie les enfants nés des grossesses rapprochées. Beaucoup de discours sont développés sur les risques encourus par un tel enfant non sevré et dont la mère est enceinte lui créant des maladies. Le lait de la maman enceinte est appelé "Bissim-ringdo" ou "mauvais lait" ou encore "lait impur" qui serait souillé par la semence masculine. Ces termes sont les plus courants que nous avons identifiés lors de nos enquêtes. Dans les croyances populaires, ce "mauvais lait" est à l'origine de la forte mortalité infantile relevée pendant les entrevues, appelée "Koam-koum". La femme qui fait des grossesses rapprochées est qualifiée de "Pougtoulga" c'est-à-dire une femme qui ne maitrise pas son corps ou une femme qui aime le sexe. Ce désir sexuel disproportionné de la femme serait à la base des grossesses rapprochées. Elle est aussi appelé "Poug-faaga" qui veut dire une femme légère qui ne refuse jamais les avances de son mari car ayant un penchant fort pour les relations sexuelles. D'autre la qualifie de "Poug-yongré" qui se traduit par "une femme souris". La souris est un animal reconnu être très prolifique. Par conséquent, toute femme qui accouche sans espacement est considérée comme elle car se retrouvant avec plusieurs enfants ayant à peu près la même taille et à vue d'œil le même âge. L'homme quant à lui est appelé "Rao ragré" qui signifie "Boulimique sexuel" qui renvoie à un homme à la sexualité incontrôlée. D'ailleurs un proverbe qualifie les femmes qui connaissent des morts répétitives de leurs enfants suite aux grossesses rapprochées de "m'ba vondin m'boutin" qui signifie le fait d'arracher la bonne pousse et de semer de nouveau.

Le parcours de la littérature nous renseigne que ces sémantiques populaires existent dans toutes les sociétés africaines et pour Lenan Ganguinon, 2009, à toutes les époques, les hommes et les femmes ont essayé de séparer le sexe pour le plaisir du sexe à des fins de reproduction (Lenan, 2009: 90). De même, certains auteurs soulignent la prééminence des constructions sémantiques en défaveur des grossesses rapprochées dans plusieurs sociétés en soutenant que les aspirations des individus en faveur d'une large progéniture cohabitent avec des représentations favorables à un espacement des naissances. A titre illustratif, chez les Havu de l'Est du Congo-Démocratique, la femme qui n'espace pas ses naissances est taxée de "kulikisa", la paresseuse, dans la mesure où avec des grossesses très rapprochées, elle sera dispensée de ses tâches agricoles (Zra, 2008: 28). Lenan relève que la femme est traitée de "seremuso" au Mali, c'est-à-dire une femme légère (Lenan, 2009: 92) et Zra Issa souligne que « dans la culture africaine, l'espacement des naissances est un impératif avec comme but principal de maintenir un certain équilibre entre les rôles procréatifs et productifs de la femme et le fait que grossesses rapprochées soient reconnues comme préjudiciables à la santé des mères et des enfants, nourrit majoritairement l'argumentaire favorable des communautés à la contraception » (ZRA, 2008:29).

Parallèlement, Duze & Mohammed (2006) remarquent dans leur étude que « les hommes sont favorables à la contraception moderne, si on aborde avec eux l'utilisation des contraceptifs pour des raisons d'espacement et/ou des questions sanitaires au lieu des avantages économiques » (Duze & Mohammed, 2006: 62). En tout état de cause, ce résultat est évocateur pour les services de santé qui sont appelés à réorienter les contenus des discours de sensibilisation à l'endroit des populations. Les messages centrés sur des arguments d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en lieu et place des raisons de dividendes démographiques et/économiques qui semblent acquérir une certaine crédibilité aux yeux des hommes qui comprennent la nécessité d'utiliser les contraceptifs.

5.2 Déterminants de l'attitude de désapprobation des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes

Il ressort cependant des analyses, que l'attitude des hommes face à la PCM des femmes chez la plupart des interviewés, est défavorable. La désapprobation de ces hommes de l'utilisation des contraceptifs modernes par les femmes prend appui sur les logiques sociales en matière de procréation. Ils s'en convainquent par de jugements glorifiant une large progéniture, sans se préoccuper des conditions dans lesquelles elle se réalise. Somme toute, ces sentiments induisent en eux une hostilité à la PCM de leurs femmes. En plus, les autres repères de ces entraves émanent de l'inégalité des rapports de genre au sein du couple sur la pratique de la contraception moderne de la femme qui s'exprime à son détriment. Enfin, l'inadéquation des besoins et attentes des hommes avec l'offre des services de contraception moderne des femmes constitue un terreau fertile à l'éclosion de désaffection de la part des hommes. Ils se sentent à cet effet, en marge de la PCM des femmes, dessinant ainsi un cercle vicieux. Plus les hommes vivent en marge du monde de la contraception des femmes, moins ils sont exposés aux informations sur la contraception moderne et peu ils cautionneront ou avaliseront l'utilisation des contraceptifs moderne par leurs femmes à l'avantage de l'apparition des rumeurs et des stéréotypes. Ce qui pourrait traduire en vérité, les raisons profondes qui expliquent le grand écart entre les niveaux de connaissance des hommes sur la contraception moderne et l'utilisation des méthodes contraceptives par leurs femmes.

5.2.1 Logiques sociales en matière de procréation

Les résultats de l'enquête suggèrent que les logiques sociales à l'origine de l'attitude de désapprobation de la PCM des femmes par les hommes sont: le désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons économiques, familiales et sécuritaires, les raisons spirituelles; la recherche d'enfant de sexe masculin, la recherche d'une mixture de la progéniture, la vision septique des contraceptifs en rapport avec les effets secondaires (leur incidence et la problématique de leur prise en charge), la vision sceptique des contraceptifs eu égard aux rumeurs; l'incertitude sur la survie des enfants dans un contexte de mortalité infantile élevée; la préférence des méthodes naturelles de contraception.

En rapport avec la procréation, plusieurs hommes enquêtés ont exprimé leur ardent désir d'une descendance nombreuse avec une préférence très marquée pour les enfants de sexe masculin. Quand on se penche sur les raisons qui justifient ce désir d'enfants de la part des hommes, on arrive à plusieurs éléments qui obéissent tous de près à des impératifs culturels, économiques, sécuritaires et familiaux. 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 prise en charge pendant les moments de vieillesse, dans une société où aucune assurance sociale n'est garantie pour les vieux jours à part les enfants. A cet effet, la fonction de limitation des naissances attribuée à la contraception moderne prônée par le personnel de santé, ne correspond plus à la vision des hommes de Tanlarghin. Ces derniers comptent sur leur progéniture pour devenir riche car une famille avec beaucoup d'enfants pourvoit une main-d'œuvre importante pour la production vivrière. A cette fin, dans ce village, la valeur de l'enfant en tant que main-d'œuvre est nettement privilégiée. Cette réalité est perceptible dans la vie quotidienne des populations de Tanlarghin dont le nombre d'enfants par homme, atteint un maximum de 18 avec une moyenne de 7 enfants et ces derniers postulent qu'il faut donner naissance à beaucoup d'enfants car il y a beaucoup de maladies qui pourraient ôter la vie de quelques-uns et il en restera d'autres. Ce comportement procréateur a été remarqué au Sénégal par Ndiaye où: « plus de 60 % des hommes ayant plus de 6 enfants ont exprimé leur souhait d'en avoir plus. Aussi, lorsque le mari a 7 enfants, 50 % des couples en veulent encore » (Ndiaye, 2003: 2). Il s'est avéré également des résultats de notre étude que les méthodes modernes de contraception sont des technologies occidentales qui sont des formules voilées et détournées des "occidentaux", pour limiter le nombre de naissance au plus à trois chez les femmes "noires".

D'ailleurs, aussi paradoxalement que cela pourrait l'être, cette vision pro-nataliste est également présente chez certains hommes qui ont une attitude favorable pour l'utilisation des contraceptifs modernes par leurs femmes. Ces derniers, en se basant principalement sur des raisons médicales et de mortalité infantile présagent que ces contraceptifs en évitant les grossesses rapprochées reconnues dans le village de Tanlarghin comme "tueuses d'enfants" impactent sur la mortalité des enfants et améliorent leur survie. Ce qui permet aux couples d'avoir beaucoup d'enfants, car en espaçant les naissances, les contraceptifs aident plutôt la femme et les enfants à rester en bonne santé et en vie, ce qui, au bout du compte, pourrait aussi mener à obtenir plus d'enfants vivants. C'est d'ailleurs cette situation qui justifie la durée d'utilisation des contraceptifs entre les grossesses qui ne dépasse souvent pas deux à trois ans qui ne mène visiblement donc pas à une réduction du nombre d'enfants.

Dans la même optique que nos résultats, Florine Jobin a évoqué cette situation dans son étude en disant: « souvent en Afrique les couples utilisent la contraception moderne dans le but d'espacer les naissances, non pas pour la maîtrise de la fécondité en terme de limitation des naissances, mais plutôt sa maximisation, en préservant la santé des mères et des enfants » (Jobin, 2008: 22). Cette réflexion est également partagé par Julie Désalliers (2008) qui pense que certaines femmes s'emploient à apprendre, comment accroître leur fécondité plutôt que de la diminuer dans les dispensaires de planification familiale de plusieurs pays d'Afrique (Désalliers, op. cit. : 35).

Nonobstant, la vision pro-nataliste des hommes à Tanlarghin qui est de procréer tant que les femmes en ont la capacité, apparaît aujourd'hui tout de même relativement hypothétique, car de nombreux problèmes essentiellement économiques assaillent leurs familles. Il est de toute évidence que de plus en plus, dans nos sociétés, l'individualisme s'empare des communautés, le partage qui renforçait les liens sociaux a perdu considérablement de son intensité. Les liens familiaux qui permettaient d'héberger l'enfant de son frère se sont considérablement effrités. Cette reconstruction de la société sur la base de l'intérêt personnel ne relève pas forcément de la volonté des communautés, mais de l'appauvrissement constant doublée de l'effet grandissant de la cherté de la vie. Fort de cela, les ministères compétents, au-delà de celui de la santé devraient apporter leur contribution en termes de sensibilisation de cette population et d'amélioration des taux de scolarisation et d'alphabétisation dans les zones rurales. Ces actions devraient être accompagnées par une plus grande implication des communicateurs traditionnels et la mise en œuvre de programmes de lutte contre la pauvreté des communautés de base. La vision triomphante du pro-natalisme largement agrée par une majorité d'hommes dans notre étude est corroborée par les résultats de l'étude de Cleland et al., 2006 qui ont mis en évidence que la valeur sociale attribuée à la fécondité élevée constitue un obstacle au recours à la contraception dans les pays (Cleland & al., 2006). En 2016, Anoua Adou Serge Judicaël, est parvenu également aux résultats selon lesquels, l'usage des contraceptifs hormonaux reste problématique en milieu rural car selon lui, « la préférence en matière de fécondité est sous-jacente à la valeur sociale de la procréation qui constitue un obstacle au recours des méthodes modernes de contraception» (Anoua, 2016: 30).

En revanche, dans nos entrevues, un autre groupe d'hommes, de profils jeunes (moins de 40ans) reconnait le bien-fondé de la limitation des naissances. Ces cas de figure battent en brèche l'opinion selon laquelle une progéniture nombreuse est une source de richesse. Dans cette optique, il est clair qu'un changement de paradigme en matière de logique sociale en matière de procréation, surtout chez les plus jeunes est amorcé et peut être boosté dans le village de Tanlarghin. À l'instar de nos résultats, Mbaye Diouf Ndiaye (2003) dans son étude qui a porté sur « pauvreté, attitudes et pratiques des hommes en matière de planning familial : le cas du quartier de Randoulène Nord à Thiès, au Sénégal » note que, les jeunes semblent remettre en question les logiques sociales en matière de procréation marquées par un désir de progéniture nombreuse prônée par les plus âgées. Il relève un extrait du rapport du focus group avec les jeunes qui stipule que: «Les rapports au sein du couple doivent être plus égalitaires, mais encore faits d'entente, de collaboration, d'entraide et de concertation mutuelle. La décision de l'utilisation de la contraception, le choix de la méthode doivent se faire d'un commun accord avec les épouses. Mieux les hommes doivent même accepter que leurs femmes décident seules de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne » (Ndiaye, 2003: 48). Ces déclarations favorables à l'utilisation des contraceptifs semblent apporter un démenti à ceux qui pensent que les hommes constituent toujours un obstacle à la PCM des femmes. Ces analyses favorables à la limitation des naissances par les jeunes semblent être favorisées dans le cas de l'étude de Mbaye Diouf Ndiaye, par le fait qu'elle a été menée au niveau du quartier Randoulène Nord de la ville de Thiès qui est une localité urbaine à la différence de la nôtre qui s'est déroulée dans un contexte rural. Dans le même ordre d'idées, avant le focus un autre jeune a déclaré que: « Dans l'état actuel des choses, c'est irresponsable de faire des enfants dont les avenirs sont déjà hypothéqués. Actuellement, nous vivons des situations si difficiles que nous ne souhaitons pas léguer à nos futurs enfants » (Ndiaye, 2003: 12). Partageant cette même critique, Yaméogo W. et al trouve que « les fondements culturels de l'attitude négative des hommes pour la contraception moderne des femmes semblent celle d'une autre époque » (Yaméogo & al., 2011: 6).

La question à se poser demeure toutefois de savoir, à quel point les attitudes de la minorité de jeunes qui approuvent les méthodes de contraception vont représenter un pas vers un effet boule de neige et se disperser à plusieurs autres hommes pour assurer un passage du pronatalisme triomphant à la procréation consciente voir une parenté responsable. Les stratégies "mari modèle", "école des maris" ou "pair éducation" pourraient être envisagées en s'appuyant sur ces jeunes pour assurer la communication sociale sur la contraception moderne. Elle sera abordée non seulement entre maris et femmes, mais aussi entre mères et filles, entre moins jeunes et vieux et même à l'intérieur d'un même groupe d'âge et de sexe. En outre, on pourrait aussi penser que la persistance d'une culture de la fécondité élevée résulterait d'un échec des stratégies d'IEC/PF destinées uniquement aux femmes, alors que la société burkinabè est à dominance patriarcale. Bref, au vue de ces analyses, ne semble-t-il pas intéressant pour les programmes de planification de mettre en plus des contraceptifs modernes, l'accent sur les préservatifs que des méthodes naturelles qui rencontrent l'assentiment des populations ? En ce sens que les raisons de la persistance du recours aux méthodes naturelles de contraception (en lieu et place de celles modernes) sont les états de morbidités associées à l'utilisation des contraceptifs modernes. Cependant, des limites objectives de celles-ci, notamment l'abstinence, sont relevées par Cleland et al. (2006). Ils trouvent dans leur étude que dans les couples qui la pratiquent, elle occasionne un risque deux fois plus élevées pour l'homme de se livrer aux relations sexuelles extra-conjugales que dans les couples où elle n'est pas appliquée. En plus elle favoriserait un état de double angoisse chez les femmes car si elle trop longue, la femme vit une peur que cela puisse favoriser une infidélité du conjoint. Si elle est trop précoce elle est animée par une peur du risque de grossesse rapprochée (Cleland & al., op. cit.).

Un autre aspect qui a retenu notre attention dans les résultats est qu'à Tanlarghin, est que nombre d'hommes craintifs de la mortalité de leurs enfants à bas âge, développent des stratégies de maximisation de leur progéniture en manifestant un refus de permettre à leurs femmes de recourir à la contraception moderne. Beaucoup d'enfants selon eux permettent de compenser les éventuels décès infantiles. De ce point de vue, Anoua Adou Serge Judicaël soutient que : « le contexte de décès d'enfants élevés à bas âge dans les milieux ruraux, font hésiter certaines hommes à pratiquer la contraception en vue d'une éventuelle limitation des naissances » (Anoua, 2016: 30).

Parallèlement, il est ressorti des résultats que les entendements que nourrissent les hommes sur la valeur divine de l'enfant, les amènent à désapprouver l'usage des contraceptifs modernes taxés de stérilisants, ou selon les résultats de l'étude d'Hadiza moussa (2004) de « limiteurs des naissances orchestrés par les occidentaux pour freiner le développement démographique et social des noirs (ici les Africains) » (Hadiza, op.cit.: 10) ou pour Julie Desalliers « les occidentaux nous voient comme des pauvres irresponsables dont il faut contrôler leur reproduction » (Désalliers, 2008: 24). En tout état de cause, il est clair, dans notre étude, les hommes disent que l'utilisation des contraceptifs modernes par les femmes leur afflige des coûts sociaux (l'enfant a valeur sociale), des coûts psychologiques (résilience face aux rumeurs, la contraception vue comme un infanticide, un avortement) des coûts économiques (coûts de prise en charge des effets secondaires de la contraception).

5.2.2 Visions septique et sceptique des moyens contraceptifs modernes induites par les effets secondaires et le poids des rumeurs

L'une des raisons relevée par les hommes comme justifiant leurs attitudes de désapprobation de la pratique de la contraception moderne des femmes, est bien largement les effets secondaires des contraceptifs modernes. Ces effets secondaires dont sont victimes les femmes des enquêtés, fréquemment cités sont: douleurs abdominales, l'apparition de boutons sur le corps, les céphalées, la prise de poids, les troubles visuels, le gonflement des seins, les perturbations du cycle menstruel (règles coupées, saignements prolongés), douleurs des membres inférieurs. Il découle des résultats de l'étude que la vision à la fois "septique" et "sceptique" que la majeure partie des enquêtés a exprimé à l'égard des contraceptifs modernes sont en rapport respectivement aux effets secondaires et aux rumeurs. En premier ressort, le "septique" est en lien avec l'état de morbidité induit par les effets secondaires. Dans ces circonstances, les hommes n'étant pas des sujets passifs car lorsque leurs femmes sont victimes des effets secondaires de la contraception moderne, ils participent aux côtés d'elles à supporter les coûts tant économiques, psychologiques que sociaux. Pour cela, ils se mettent le plus souvent à l'écoute des idées véhiculées sur les contraceptifs, influencées par leur culture, leur religion et leur contexte social. En second ressort, le "sceptique" est le sentiment de doute qui anime les hommes suite aux rumeurs, de sorte qu'ils n'autorisent pas leurs femmes à faire usage des contraceptifs modernes. Concernant les effets secondaires, la variation constante des pathologies constatées dans l'usage des contraceptifs modernes par leurs femmes entrainerait chez les hommes, une logique de développement de l'incertitude. C'est ainsi que par exemple, l'appellation locale des règles dans la langue locale "pékré" veut dire "purification" traduit toute cette considération des règles qui sont pourtant et habituellement arrêtées (aménorrhée) ou prolongée (spotting) par les prises de certains contraceptifs. A ce propos, l'étude de Bajos et al., (2013) rapporte les déclarations d'une

répondante sur les raisons de sa non utilisation de la contraception qui fait apparemment allusion à la modification des saignements menstruels.: « le corps reste impur en cas d'insertion d'un DIU. Le DIU est cause de saignements prolongés. C'est pour ça que je me suis fait enlever ce dispositif » (Bajos & al, ibid. :46).

En Ouganda, Hytell et al. (2012) ont constaté que les effets secondaires, tels que les saignements et la fatigue ont un impact sur la capacité des femmes à travailler dans les champs et réduisent donc leur contribution à la productivité du foyer. A ce propos, ils rapportent les dires d'un informateur de sexe masculin en ces termes : «les saignements deviennent un problème, car nous travaillons toujours beaucoup. Si elle a beaucoup de saignements, qu'elle a mal au ventre et à la tête qui tourne, ça veut dire qu'elle arrêtera de travailler. Si elle ne récolte pas mon millet, qu'est-ce qu'elle mangera demain? » (Hystell cité par Castle, Ibid.: 16). De cette conséquence découle la désapprobation des produits contraceptifs modernes dans cette communauté et souvent le recours à l'utilisation des méthodes naturelles de contraception.

Dans ce même ordre d'idées, Natalie Bajos et al., (2013) font remarquer que « la peur des effets secondaires est l'argument majeur identifié comme un frein important au recours de la contraception moderne » (Bajos & al. op. cit.:27). Toutefois, il est important, de l'évoquer, le fait que les contraceptifs modernes provoquent des effets secondaires même médicalement identifiés, les rendent coupables d'autres maux par les hommes. Autrement dit, lorsque la femme est sous une méthode de contraception moderne, tout ce qui survient en terme de morbidité est imputé à tort ou à raison à ces méthodes. Nous avons d'ailleurs certifié cela pendant nos observations. Un des exemples où les contraceptifs sont à tort mise en cause est le cas de l'homme qui a accompagné sa femme malade au centre de santé en amenant en lieu et place du carnet de santé, la carte de prestation PF de la femme car convaincu qu'il s'agissait des effets secondaires du dépo-provera que sa femme venait de faire la semaine passée. Il s'est avéré après la consultation (avec la réalisation du Test de Diagnostic Rapide) que cette dernière souffrait du paludisme. Cette situation mise en exergue dans les résultats de notre étude est similaire avec celle relevé par Julie Désalliers qui a recueilli le témoignage d'un Maïeuticien dans son étude qui affirme que : « pour les problèmes de santé, les gens confondent deux phénomènes ; quand elles tombent malades après l'insertion du Norplant, elles incriminent systématiquement le Norplant, alors que c'est souvent un problème de santé autre...» (Désalliers, op. cit:100). Dans ce sens, il n'est pas illusoire de convenir avec l'OMS quand elle recommande que, les clients doivent être informés de manière adéquate afin de

pouvoir choisir une méthode de contraception déterminée librement et en toute connaissance de cause. Cette information doit porter au minimum sur les aspects suivants : compréhension de l'efficacité relative de la méthode; utilisation correcte de cette méthode ; manière dont elle opère ; effets secondaires courants ; risques et bénéfices pour la santé de cette méthode ; signes et symptômes nécessitant une consultation au dispensaire ; retour de la fécondité après arrêt; et protection contre les infections sexuellement transmissibles (OMS, op. cit.).

Dans l'analyse, il a été souligné que l'absence d'un système de prise en charge gratuite des effets secondaires des contraceptifs par les services de santé entrainerait une logique de désapprobation des hommes de l'utilisation des contraceptifs modernes par leurs femmes. A ce propos, l'on se rappelle des propos dénonciateurs des hommes (H2 & H5) qui trouvaient que c'est l'homme qui doit se débrouiller tout seul à trouver de l'argent pour faire soigner sa femme en cas de survenue de ces effets secondaires. Fort de cela, la réflexion qu'il convient de mener pour pallier à cela serait de mettre en place un système de prise en charge gratuite des effets secondaire. Ceci pourrait davantage rassurer les utilisatrices et contribuer à l'approbation des hommes. Ces réactions sont à la base non seulement d'abandon, voire même une dissipation de désinformations et de rumeurs, à l'encontre des contraceptifs modernes. Au cours de l'étude, les problèmes d'effets secondaires mentionnés à l'endroit des contraceptifs n'émanent pas tous des expériences pratiques des répondants mais très souvent des rumeurs. A l'image des résultats de notre étude, Sarah Castle a remarqué qu'au Ghana, les consultations de suivi des femmes qui ont été victimes des effets secondaires entraînaient des coûts supplémentaires qu'elles ne pouvaient pas supporter (Castle, 2011). Au cours de nos entretiens, des répondants ont clamé la mauvaise gestion, le silence voire l'impasse observé par le personnel soignant sur les effets secondaires des contraceptifs.

Cette situation a été également observée par florine Jobin(2008) qui déclare dans son étude sur « discours, pratiques et représentations autour de la contraception médicalisée au Bénin » que « Pour les agents de santé, les effets secondaires sont un moindre mal au vu de la nécessité sanitaire de la pratique contraceptive, d'autant plus qu'ils sont passagers et inoffensifs. Les utilisateurs et les résistants craignent, quant à eux, qu'ils ne soient le signe de maladies graves ou qu'ils rendent stériles » (Jobin, op.cit.: 41).

De surcroît, l'analyse des entretiens montre que les contraceptifs sont accusés d'occasionner une débauche sexuelle et une infidélité chez les femmes. Les données suggèrent qu'à Tanlarghin, ces allégations demeurent l'élément central qui justifie les réticences des hommes à l'utilisation des contraceptifs modernes par leurs femmes. Les causes de cette signification péjorative proférée à la contraception moderne comme une porte ouverte à la débauche sexuelle féminine ont été constatées par Julie Désalliers (2008) qui justifie que : « 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 » (Désalliers, op. cit. 134). Cette vision peut être rapprochée de l'affirmation de Moussa hadiza (2004), qui indique que : « lorsqu'une femme recourt aux contraceptifs malgré l'opposition ou à l'insu de son mari, elle est dans certains cas accusée d'entretenir des relations adultérines » (Hadiza, op. cit.: 32). Des résultats similaires ont été retrouvés en 2010 par Okwor E.U et Olaseha I.O. Ils ont mené une étude qualitaive sur «Married men's perception about spousal use of modern contraceptives: a qualitative study in Ibadan northwest local government area, southwest Nigeria ». Les résultats de l'étude montrent que la plupart des participants s'opposaient à l'utilisation des méthodes modernes de contraception par leur femme et reconnaissaient du même coup ne pas mener de discussion sur la contraception moderne. A ce titre un homme dit «.. allowing a woman to use modern contraceptives gives room for infidelity on the part of the woman. It is a mark of disrespect for the man if a woman adopts the use of modern contraceptives without the husband's consent ». ce qui veut dire en traduction libre: « permettre à une femme d'utiliser des contraceptifs modernes lui laisse place à l'infidélité; c'est un manque de respect pour l'homme si une femme décide de l'utilisation de contraceptifs modernes sans le consentement du mari » (Okwor & Olaseha, op. cit: 25).

Sur le terrain, nous ayant intéressé aux causes de cette allégation, nous nous sommes rendu compte que ces hommes pensent que le fait que la femme ne puisse pas tomber enceinte lui enlèverait toute crainte d'aller voir d'autres hommes, sa sexualité étant dissociée de la grossesse et de l'enfantement. En outre, selon Hadiza Moussa (2004), la menace de débauche sexuelle que brandissent les hommes qui sont opposés à la contraception moderne découle de comportements conjecturaux à leurs propres égards. Elle donne des tentatives d'explications en trouvant que c'est peut-être parce que ces hommes assimilent les contraceptifs modernes féminins au préservatif dont la plupart des hommes eux-mêmes ont recours dans leurs rapports extraconjugaux, qu'ils conjecturent de l'éventualité de la débauche sexuelle chez la femme utilisatrice de méthode contraceptive (Hadiza Moussa, ibid.). C'est ce qu'affirment également Florine Jobin pour qui : « les hommes se sont opposés à l'usage des contraceptifs modernes, jugeant que leurs femmes seront privilégiées de trop d'autonomie, n'étant plus autant dépendantes des soins aux enfants. Cette autonomie est d'ailleurs perçue dans ce cas comme un éloignement du foyer conjugal et comme une porte ouverte à l'adultère » (Jobin ; op. cit. : 57). Cette situation mérite de la part du personnel de santé de désamorcer les rumeurs sur l'infidélité, de les rectifier en apportant des informations justes et saines. Le développement de ces rumeurs commande en plus que les programmes de PF assurent les sensibilisations sur la contraception moderne dans les contextes informels, comme les marchés, les lieux de vente des boissons, et autres milieux de regroupement où se créent et se renforcent les mythes à travers les interactions sociales à l'image de l'expérience du Mali, où Castle en 2011 a remarqué que : « les échanges informels dans les lieux publics influençaient la prise de décision et l'emportaient souvent sur les conseils donnés par les professionnels de la santé » (Castle, op. cit:26).

De nos entretiens, il ressort que les représentations des hommes sur la contraception moderne des femmes ne sont pas les seuls mobiles qui les amènent à avoir une attitude défavorable face à la PCM des femmes. Il y a aussi les relations de genre au sein du couple sur la PCM des femmes. Qu'en-est-il exactement?

5.2.3 Relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes

Au sujet des relations de genre, il se dégage de l'analyse, qu'ils exercent effectivement une influence sur la prise de décision concernant le recours à la contraception. De ces relations de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes, la communication dans le couple sur la PCM des femmes est déterminante. Cette communication entre l'homme et la femme en matière de prise de décision concernant la PCM s'inscrit dans un contexte de relations inégalitaires entre l'homme et la femme dans le couple. L'expression de cette relation inégalitaire se traduit par un dialogue déficient sur la contraception moderne dans les couples, une réduction de contraception féminine à la seule responsabilité de la femme, une réticence pour l'accompagnement des femmes au centre de santé pour la contraception, une allégation des contraintes de travail et de temps pour les hommes, une réduction de contraception féminine à la seule responsabilité de la femme.

À la lumière des analyses, certains hommes expriment cette relation inégalitaire par une réfutation que l'initiative de recourir à la contraception vienne de la femme. Pire, cette réfutation entraine souvent une réprobation de l'utilisation des contraceptifs par les femmes surtout si cela a lieu à l'insu du conjoint. Ce groupe d'hommes semble être conservateur à l'égard de la culture locale de Tanlarghin qui voudrait qu'une femme mariée, quelle que soit la nature du problème se réfère d'abord et toujours à son mari. A cet effet, ils considèrent qu'une femme qui en arrive à une pratique clandestine de la contraception moderne remet en cause l'autorité masculine.

Dans notre étude, nous avons constaté que parmi les trente-huit femmes, vint pratiquaient la contraception moderne. Pourtant nous avions remarqué que paradoxalement parmi les vingtquatre hommes qui sont les conjoints, seulement six ont déclaré être favorable à la PCM des femmes. De cette analyse, l'on peut supposer que les quatorze femmes qui pratiquent la contraception la font soit en désaccord ou au pire des cas à l'insu de leurs conjoints. Pourtant, la découverte de cette pratique clandestine par le conjoint entrainerait des malentendus de tout genre, pouvant aller d'une frustration de l'homme dans ses aspirations, au divorce comme nous l'ont été confié [H9]; [H12]; [H13]. Dans notre étude, nous pouvons accepter sans risque de nous tromper avec Florine Jobin (2008) que: «les processus de réappropriation et de réinterprétation de la contraception moderne donnent lieu à des effets pour le moins inattendus ; plutôt que de favoriser une émancipation de la femme (argument féministe), ils renforcent, dans certains cas, la domination masculine et l'inégalité des rapports de genre; et plutôt que de protéger les jeunes filles des grossesses à risques (argument de santé publique), ils participent à leur exclusion de l'accès à la contraception moderne » (Jobin, op.cit.: 2). Pour leur part, Dodoo, F. et A. Seal ont tenté une explication de ce qui est déterminant dans la communication pour requérir l'avis favorable des hommes visà-vis de l'utilisation des contraceptifs par leurs femmes. Ils avancent que le degré de concordance des attitudes et d'opinions varie selon la nature, le différentiel d'âge entre les partenaires. Plus l'écart d'âge est grand, plus le niveau différentiel d'autorité entre conjoints est grand, plus le risque que les convictions du mari et de l'épouse sont discordantes (Dodoo, F. & A. Seal, op. cit.). À l'instar de Dodoo, F. et Al.; Seal, Thiriat (2000) explique à ce propos que: «l'écart d'âge au premier mariage entre les conjoints installe dès le début de l'union une situation inégalitaire au sein des couples. Il renforce la subordination de la femme face à un époux qui cumule la supériorité due à 1'âge à celle du statut masculin et maintient ainsi vivaces les structures patriarcales. C'est parfois dans toute une gestuelle des rapports quotidiens entre conjoints (ne pas regarder son mari dans les yeux, lui parler à la deuxième personne du pluriel, se tenir éloignée à certaines périodes...) que l'épouse doit marquer son respect et sa parfaite obéissance, résultat d'une socialisation à la soumission » (Thiriat, 2000 : 34). Pour notre cas, en mettant en rapport les expériences décrites ci-dessus avec les histoires biographiques individuelles de nos vingt et quatre répondants, l'on s'aperçoit du rapport entre l'écart d'âge et de l'approbation de la pratique de la contraception de la femme. On remarque que tous les hommes enquêtés étaient plus âgés que leurs femmes et le différentiel moyen de l'âge entre conjoints est de 12 ans avec même un maximum qui atteint 39 ans ; plus de la moitié a entre 10 à 39 ans de plus que leurs femmes. Sans prétendre réaliser une analyse statistique, nous avons également remarqué que 16/18 hommes ont un écart d'âge de plus de 8 ans avec leurs conjointes.

Considérant, les raisonnements de ces auteurs (Dodoo, F. & A. Seal, 1994; Thiriat, 2000; Andro & Hertrich, 2001) qui établissent qu'il existe une relation entre le différentiel d'âge et le différentiel d'autorité, on peut estimer qu'à Tanlarghin, le niveau d'autorité des hommes sur les femmes est assez grand et pourrait avoir influence sur les discussions sur la contraception dans le couple dans le sens d'une domination masculine. Pourtant, il est de toute évidence que, lorsque les conjoints discutent de la contraception moderne et des préférences de fécondité, les chances pour qu'ils finissent par partager des points de vue similaires sont plus importantes que dans le cas contraire. Certainement, l'effet de la communication au sein du couple dépend de sa fréquence et de sa nature qui détermineraient les consensus d'opinions des conjoints vis-à-vis de la contraception moderne. Toute réflexion faite, la nécessité de réintégrer dans la démarche d'offre contraceptive, les consultations de couple au moment de l'instauration ou du changement de contraceptif, se révèle une nécessité. D'ailleurs, Amatya R. (2012) et al., ont observé qu'au Bangladesh, les programmes qui encouragent la communication entre les conjoints et facilitent la prise de décision commune entraînent une augmentation de l'utilisation continue. Ils ont constaté l'existence d'un lien entre l'offre de conseils de couple en matière de contraception et le taux d'arrêt d'utilisation. Après 36 mois, il est observé une différence de 30 points de pourcentage au niveau des taux d'arrêt, toutes méthodes confondues, entre le groupe où le couple est conseillé (12 %) et le groupe de contrôle où c'est uniquement la femme seule qui est conseillée (42 %). En outre, cette intervention avait le plus d'impacts positifs pour les clientes qui se rendaient dans les cliniques avec leurs maris (Amatya R.; 2012).

Nous avons vu également dans les résultats de notre étude qu'un très faible nombre d'homme (seulement trois hommes sur les vingt-quatre) prennent à cœur leur rôle d'accompagnement de la femme. Ces témoignages rejoignent le constat de Cyril Desjeux, qui souligne qu'ils sont rares les hommes qui se sentent concernés par la contraception et qui ont la volonté de partager les responsabilités contraceptives (Desjeux, op. cit.). Nos résultats ne concordent pas cependant avec ceux de Yasmine Bizet, qui dans sa thèse portant sur 221 hommes, a montré que la majorité des hommes soit 86% disent s'impliqués dans la contraception. L'âge mis à part, dans son étude aucun gradient social n'a été mis en évidence concernant l'utilisation ou l'implication contraceptive (Bizet, 2013: 25). Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité de contexte, l'étude de Yasmine s'étant déroulé en France. D'ailleurs elle rapporte les résultats de sondage du centre de Sociologie de la sexualité A Colin de Paris, réalisé en 2003, qui a montré que la grande majorité soit 91% des Français estiment que la contraception devrait être autant l'affaire de l'homme que de la femme.

A l'inverse des résultats de Bizet 2013, nos constats en rapport avec la question de "déresponsabilisation" des hommes sont entérinés par Bajos Nathalie et al., qui indiquent dans leur étude que le fait de demander aux hommes, s'ils avaient eu l'occasion de discuter de la contraception au sein de leur couple a déclenché une certaine surprise. La majorité d'entre eux considèrent que c'est la femme qui utilise la contraception, par conséquent c'est également à elle de gérer cette question. Ces auteurs soulignent à la page 14 que « la contraception semble en effet être un problème relégué à la femme...» (Bajos & al. op. cit.: 14). Critiquant également cette attitude des hommes, Judith Hottois affirme que « la contraception se définit par l'emploi de moyens qui permettent d'éviter la grossesse. La parentalité, consécutive par essence à la grossesse, est un processus qui intéresse autant l'homme que la femme ; elle se vit dans le meilleur des cas en couple. Il semble donc logique et cohérent de considérer que la contraception intéresse autant l'homme que la femme dans toutes les étapes de son utilisation » (Hottois, 2012: 18).

De ce point de vue, Cyril Desjeux, en analysant le partage de responsabilité en matière de contraception dans le couple, trouve que les hommes disposent pourtant de différents moyens pour s'impliquer dans la contraception des femmes, mais ils ne le font pas. Cette participation pourrait être : contribuer financièrement ; discuter avec la partenaire ; participer au choix de la méthode contraceptive, ou bien accompagner la femme au centre de santé. Egalement, il pense en ce sens, que les femmes peuvent jouer un rôle dans la participation des hommes à la contraception. Celles-ci peuvent jouer (i) un rôle "d'initiatrice" pour l'information ou pour faire évoluer la manière d'appréhender la contraception ;(ii) un rôle "d'éducatrice" notamment en convainquant l'homme sur le bien-fondé de la contraception;(iii) un rôle de "prescriptrice" en préconisant certaines pratiques de la contraception (Desjeux, op. cit.). Dans de tels contextes, il est opportun que des approches

programmatiques soient mises en place pour fournir aux femmes les compétences de négociation nécessaires pour qu'elles puissent participer à des discussions idoines et raisonnées avec leur partenaire masculin si elles souhaitent utiliser des contraceptifs.

Mais, qu'en est-il l'adéquation entre l'offre de la contraception moderne et les attentes des hommes, qui, selon les entretiens, ne sont pas en reste dans l'explication du phénomène des enfants en situation de rue?

5.2.4 Attentes et les besoins des hommes sur l'offre de contraception moderne

En dernière analyse, il ressort que les attentes et les besoins des hommes ne s'accommodent pas avec l'offre de services de contraceptions pour plusieurs raisons: la féminisation et l'environnement peu accueillant des services d'offre de contraception, l'inadaptation de la rhétorique promotionnelle des agents de santé sur la contraception moderne des femmes et les lacunes des approches de communication des agents sur la contraception moderne des femmes.

A travers l'exploration des discours, l'on s'aperçoit que les services de prestation de la contraception moderne sont en effet sous-tendues par une logique de rapport d'autorité du personnel de santé qui révèle à bien des égards, des rapports dissymétriques avec les clientes/clients. Ces rapports de domination de la part du personnel soignant obligent les clientes/clients à la soumission et à l'obéissance. Cependant, une distorsion dans ces rapports crée parfois des controverses engendrant le plus souvent une tension normative entre les valeurs auxquelles les hommes adhèrent et la conduite des agents de santé. Ce résultat est également constatée par Julie Désalliers en 2008 qui conclut dans son étude que : « les consultations de planification familiale sont sous-tendues par une logique de "bio-pouvoir" qui révèle des rapports dissymétriques entre patientes et sages-femmes. Le complexe de supériorité assez fortement manifesté chez les sages-femmes provoque à l'inverse chez certaines patientes, un complexe d'infériorité » (Désalliers, op. cit.: 8). Les autres situations saillantes de la relation thérapeutique qui rendent l'environnement des services de prestation de contraception moderne peu accueillant se regroupent en quatre principaux sous thèmes qui ont émergé de nos analyses (entretiens et observations). De façon synthétique, les récriminations des hommes ainsi que les résultats de nos observations se situent autour de la durée de l'attente sur les sites de soins, de la qualité de l'accueil des hommes dans les services de SMI marquée par de longs moments d'attente, de la "féminisation" des Services de santé maternelle et infantile et de la qualité des campagnes sensibilisation.

La persistance et la récurrence dans le langage des répondants sur la "féminisation" des services d'offre de contraception témoignent du jugement que les hommes se font de ces services qui ne leur sont guère accueillants. Pourtant, dans le village de Tanlarghin, la domination des hommes sur les femmes est perceptible et les hommes et les femmes fonctionnent le plus souvent séparément. Dans de tels contextes, se rendre au centre de SMI qui n'est d'ailleurs fréquenté que par des femmes, est considérée humiliante par de nombreux hommes. L'atmosphère féminine de ces services les dissuade à venir se soumettre au counseling de couple de mise en route d'une contraception moderne. Ainsi, de nombreux hommes pensent que la maternité où il y a lieu les prestations de contraception moderne est orientée uniquement vers les femmes. La maternité n'étant pas perçue comme adaptée aux hommes et ils pensent que se rendre en maternité serait se livrer à une expérience humiliante, alors que, ces mêmes hommes souhaitent que les services s'étendent à la clientèle masculine. Abordant dans ce sens, Yaméogo W, & al avancent que « les programmes de planification familiale se sont surtout attachés aux clientes de sexe féminin et ont conçu leurs services en fonction de ces dernières. Aussi les hommes qui, de toute manière, hésitent à consulter ces services, se sentent-ils très mal à l'aise et pas du tout les bienvenus » (Yaméogo W, & al., op.cit.: 4). Ce point de vue est également partagé par l'ONG ASMADE qui souligne que : « on ne saurait assurer la santé sexuelle et reproductive des femmes et atteindre le but encore plus vaste de l'équité entres les genres sans engager les hommes qui détiennent le pouvoir social et économique dans la plupart des communautés et familles. » (ASMADE, op.cit.:43). Fort de cette problématique, Julie Désalliers suggère dans son étude que : « il est ainsi certain que pour accroître l'utilisation de la contraception par les femmes, il est grand temps que les services de santé change ce paradigme en voyant les hommes comme des agents du changement positif et cherchant à transformer les relations entre les deux genres en faveur de la contraception. Cette implication constructive des hommes aux côtés des femmes pour favoriser leur attitude favorable à la pratique de la contraception devrait être favorisée par des approches qui consistent à rendre les services de contraception plus accessibles et plus attirants pour les hommes » (Désalliers, op. cit. : 148).

Au-delà de toutes ces considérations, les discours dénonciateurs relayés par certains hommes sur le mauvais accueil qui leur est réservé dans les services d'offre de contraception moderne suggère la création d'un environnement accueillant pour les hommes dans les services d'offre de prestations de contraception, "la déféminisation" de l'environnement de ces prestations de services de contraception, la fourniture des informations sur la contraception moderne aux hommes qui cherchent des soins de santé en rapport avec la santé sexuelle et reproductive. Fort de cette certitude, Hadiza Moussa, (2003) suggère que « les rapports soignants-soignés doivent requérir de la part des agents un effort constant de "dulcification" de l'espace vraisemblablement "inhospitalier" des centres de soins» (Hadiza, op. cit. 15). En dehors des remontrances relayées par les entrevues, nous avons constaté de visu pendant les observations que le centre de santé connait un personnel insuffisant, occasionnant ainsi des surcharges de travail. Dans ce contexte, les activités préventives dont celles de la contraception moderne sont secondaires comme l'a souligné l'infirmier chef de poste : « nous ne sommes que trois agents dans ce centre de santé, encore que parfois, pour des raisons plutôt sociales que d'autres, il est fréquent qu'un ou même deux agents s'absentent. Il va de soi, que assez de temps ne soit pas souvent consacré aux clientes/clients comme cela devait l'être ».

Des résultats de notre étude, il s'est avéré que les répondants relèvent des discours et des approches des agents de santé, en rapport avec la contraception moderne des femmes, implicitement des contradictions. Selon eux, ce qui traduit une véritable contradiction à leurs yeux est que les agents de santé leur exigent une part plus importante dans le partage des responsabilités contraceptives au sein du couple, en situant cependant les femmes au cœur du processus décisionnel en matière de contraception moderne. Cette orientation féminine de la question contraceptive par les agents de santé est relayée également par Judith Hottois pour qui dit « la réflexion exclusivement féminine de la contraception se retrouve également chez les professionnels qui ne discutent des questions de contraception qu'avec les femmes » (Hottois, 2012: 18). Critiquant également cette tendance des services de santé à ne pas susciter l'implication des hommes dans la contraception, Florine rapporte des extraits de verbatim de quelques professionnels de santé. Ainsi, un responsable d'un centre de santé dit : « C'est leur droit, les femmes. Il y a des droits en santé de la reproduction et les droits de l'homme qui sont en parfaite harmonie ; la femme doit disposer de son corps comme bon lui semble. Si on ne le lui permet pas, là il y a violence, il y a non-respect de ses droits. Je ne pense pas que ce soit une mauvaise chose que la femme pratique la contraception à l'insu de son mari, c'est même une bonne chose. [...] » (Jobin ; op.cit.: 32). A la même page, elle cite une sage-femme qui affirme que : « La femme qui vient pour la contraception ici, on lui fait ça, que le mari veuille ou pas, c'est la femme qui supporte la maternité, pas le mari. Le mari est là que pour faire l'amour, c'est la femme qui a la charge des enfants. [...] » (Ibid.).

Fort des éléments d'analyse, l'on s'aperçoit que cette rhétorique promotionnelle des agents de santé sur la contraception moderne des femmes en référence avec la loi ne tient pas compte des valeurs locales auxquelles les hommes adhèrent, mettant en mal, l'interaction entre les hommes et eux. Pourtant, en matière de justice, même si "force doit rester à la loi" et que "nul n'est censé ignorer la loi", il est par contre admis communément « qu'un mauvais règlement à l'amiable vaut mieux qu'un bon procès ». Autrement dit, faut-il privilégier dans une relation de couple, l'entente mutuelle et le règlement à l'amiable des questions endogènes ou faut-il appliquer la législation en la matière au prix de l'entente dans le couple, surtout dans un contexte où l'ignorance et l'analphabétisme sont légion? Tout compte fait, ce décalage discursif entre les agents de santé et les populations de Tanlarghin contredit la suggestion de Yaméogo W, & al, (2011) qui pensent que pour impliquer les hommes, il faut savoir s'appuyer sur les valeurs culturelles. A ce propos, ils disent que « pouvoir impliquer les hommes dans la planification familiale nécessite d'abord une meilleure connaissance des rôles sociaux masculins et des configurations des rapports hommes-femmes dans le couple. Mai toutefois, l'on peut regretter, dans le contexte du Burkina Faso, l'insuffisance des approches qui interrogent la masculinité et les rapports de couples dans une perspective de changement social » (Yaméogo & al., op. cit. :6).

Ce portrait est transposable de façon analogue à notre situation où, les énoncés contradictoires entre les hommes et le personnel de santé foisonnent. Il ressort donc que pour les hommes de Tanlarghin, «la fécondité dépend de la volonté divine », alors que du point de vue des agents de santé « la fécondité dépend de la volonté humaine ». Pour les hommes, il « n'est pas légitime de dispenser une contraception à une femme sans l'avis de son mari » alors que les agents de santé trouvent qu'« il est légal de dispenser une contraception à une femme sans l'avis de son conjoint ». Pis, les discours des agents centrés sur la limitation des naissances à savoir: «fécondité en adéquation avec les ressources», «de procréation assumée» et « parenté responsable » n'épousent pas l'assentiment des hommes. Pendant nos observations, nous avons remarqué dans la plupart des cas, le personnel se comporte d'une manière autoritaire et manifeste des lacunes en matière de communication interpersonnelle au sens de Moussa Hadiza (2003) qui indique que « l'activité consultative sur la planification familiale est subie par les patientes, vu l'absence d'un interrogatoire interactif et longuement mené. Les patientes ne disposent presque d'aucune information sur les produits qui leur sont livrés ou prescrits. C'est d'ailleurs l'une des principales raisons qui fait que diverses rumeurs sont développées au sujet des effets secondaires et la contraception elle-même » (Hadiza, op. cit. :10). Cette situation crée une sorte de gaps interactionnels où les clients et clientes n'ont pas la latitude d'exprimer leurs points de vue. De la sorte, dans la plupart des cas, les consultations se soldent avec des besoins et attentes non comblées chez les hommes. Cette analyse présente une similitude avec celle de Jean-Pierre Olivier De Sardan (1999) pour qui, les images incertaines que les populations construisent autour des problèmes et autres évènements de santé qui sont des abstractions considérées comme réelles résulteraient des gaps interactionnels et informationnels avec le personnel de santé. Ces constructions sociales qui sont appelées entités nosologiques populaires se propagent sous la forme de rumeurs. Selon le même auteur, ces entités nosologiques populaires sont d'ailleurs présentes dans toutes les cultures et possèdent en commun la qualité d'être propagées en informations fausses et effrayantes (De Sardan, 1999).

Avant de clore cette partie, nous aimerions aborder la discussion des limites objectives de cette étude qui à l'image de toute œuvre humaine, ne peut pas y échapper.

5.3 Limites et biais de l'étude

Bien que des précautions aient été prises pour réduire les biais dans cette étude, certains restent possibles. Pour rendre compte des limites objectives de notre étude, nous l'avons examiné selon les points suivants : le devis de recherche utilisé, l'échantillonnage, les méthodes de collecte des données et l'analyse

5.3.1 Biais liés au devis de recherche utilisé

Pour Yin, bien que l'étude de cas puisse offrir un potentiel de validité interne, la validité externe d'un tel devis est limitée. Il pense d'ailleurs qu'une telle étude doit essentiellement viser à construire un savoir en profondeur sur un phénomène particulier et que le transfert de ses résultats à un autre groupe doit se faire dans un esprit de généralisation théorique (Yin, 2009: 52). En plus, nous avons réalisé une étude de cas unique au sein du seul village de Tanlarghin, alors qu'une étude de cas multisites avec une analyse imbriquée ou enchâssée aurait pu augmenter la force de notre étude. Cependant, pour assurer une validité interne à notre étude nous avons à une diversification interne (les répondants ont été recrutés selon plusieurs caractéristiques : l'âge, le différentiel de l'âge avec celui de l'épouse, l'appartenance religieuse, le niveau d'instruction, le nombre de femmes, le régime matrimonial, le nombre d'enfants, le profil de pratique contraceptive de sa femme) et externe (le choix des enquêtés a été pondéré dans les huit quartiers qui composent le village de Tanlarghin) de l'échantillon à l'intérieur du cas.

5.3.2 Biais liés à la collecte des données

Un homme a catégoriquement refusé l'entretien ; les raisons de son refus étaient un désintérêt pour le sujet. De même, nous nous sommes rendu compte que malgré les messages d'assurance et de confiance contenus dans la fiche d'information et de consentement que nous avions livrés à chaque interviewé avant chaque entretien, le discours d'un homme présentait un sentiment de peur d'être jugé. Ses réponses ont été très succinctes et peu développées. Cette interview a souffert d'un manque d'interactions avec nous. La discussion s'est bornée à des questions-réponses, ce qui a eu un impact négatif sur la qualité des données recueillies. En plus, la contraception étant un sujet qui concerne l'intimité de l'homme, nous ne pouvons pas garantir que certains répondants se soient livrés à des omissions volontaires ou à de fausses déclarations, notamment en ce qui concerne la sexualité. Egalement, il se pourrait que certains répondants qui croient avoir discerné nos attentes, choisissent leurs réponses en fonction ou, donnent des réponses consensuelles et socialement acceptables plutôt que spontanées, introduisant ainsi un biais de désirabilité sociale. Toutefois, nous estimons que les questions de relances et les questions complémentaires qui ont toujours soutenues les questions principales associées à la mise en relation de ces entrevues avec les notes du journal et de terrain nous ont permis de saisir l'essence et la toile de fond des discours avec exactitude.

5.3.3 Biais liés à l'analyse

Les entretiens ont fait l'objet d'enregistrements numériques avec des retranscriptions dactylographiées dans leurs intégralités. Ces entrevues ont eu lieu en "mooré" qui est la langue vernaculaire du village avant d'être retranscrites en français. Cela a certainement pu introduire des biais de traduction par des distorsions entre les idées exprimées par les répondants et les retranscriptions. Cependant, nous pensons que le fait que cette langue soit également la langue maternelle de l'investigateur que nous sommes, associé à l'écoute attentive, approfondie et répétée des enregistrements avant leur retranscription le même jour, ainsi que le feed-back de la retranscription à l'enquêté ont permis de minimiser ce biais.

A la suite de la discussion des résultats, des implications sur la politique de l'offre de contraception et sur les pratiques professionnelles en matière de contraception moderne se dégagent et méritent d'être comblées. Le point suivant traite de ces implications.

5.4 Implications programmatiques des résultats de l'étude

À la lumière des nouvelles connaissances produites par l'étude, des implications ont été esquissées pour requérir une approbation des hommes sur la PCM des femmes et partant de là, leur engagement constructif. Ces implications recouvrent plusieurs domaines : offre et accès aux services, sécurisation des produits, politique, environnement habilitant et mesures de gratuité, coordination et Suivi/évaluation, sensibilisation, formations.

5.4.1 Implications politiques des résultats de l'étude

☐ Elaborer et mettre en œuvre la stratégie de l'engagement constructif des hommes à la contraception moderne

En effet, les déterminants de l'attitude de désapprobation qui se sont dégagées des résultats seront considérés comme des défis et par conséquent, des actions idoines et innovantes y seront adressées. Pour les déterminants de l'attitude d'approbation, ils seront considérés comme des atouts pour reposer des interventions d'engagement constructif des hommes.

☐ Développer un programme de surveillance active et de sécurité contraceptive

Etant donné du profil et de la prévalence grandissante de la survenue des effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs modernes, il est opportun de développer un système de reportage actif et permanent, de revue des effets secondaires.

☐ Développer une politique de prise en charge gratuite des effets secondaires

Plusieurs interviewés ont fait part d'énormes contraintes financières auxquelles ils font face en cas de survenue d'effets secondaires de certaines méthodes contraceptives sur leur femme. Nous pensons que la mise en place d'un tel système de prise en charge gratuite des effets secondaires des contraceptifs modernes, permettra de requérir l'approbation des hommes visà-vis de la PCM et de réduire la propagation des rumeurs comme conséquences indirectes.

□ Développer une meilleure communication sur les effets secondaires

Dans l'analyse des résultats, il est ressorti que les idées préconçues sont légions au sujet de la contraception et des effets secondaires. Une telle situation dénote d'un faible niveau d'information disponible au niveau communautaire au sujet des méthodes contraceptives. En plus, à la lumière des perceptions de la population de Tanlarghin, il s'avère nécessaire de privilégier l'approche participative de la communication. En fait, une communication de proximité, dans un cadre familial serait plus appropriée qu'une communication de masse homogène et anonyme qui n'impacte pas sur les hommes : il s'agit d'une approche de dialogue en famille. Une idée proche de cela sera la constitution des comités villageois de communication pour le changement social et comportemental en matière de PF. Ceux-ci doivent mener des sensibilisations de proximité dans les lieux publics : lieux des cérémonies heureuses (mariage, baptêmes, etc.) pour organiser des discussions informelles sur la contraception moderne, afin de minimiser l'impact des rumeurs désespérantes. L'avantage de ce comité est qu'elle est plus proche et imprégnée des réalités partagées dans la communauté.

☐ Renforcer et étendre le dialogue avec les confessions religieuses

Renforcer et étendre jusqu'au niveau centre de santé, le dialogue avec les confessions religieuses.

Utiliser le téléphone mobile comme une opportunité d'améliorer l'accès à l'information sur la contraception par la population

L'utilisation de ce téléphone mobile pourrait consister à l'envoi de messages textes sur la contraception et à rendre les informations sur la contraception consultables à la demande pour les « lettrés ». Pour les « non lettrés », mettre en place les messages vocaux et une « ligne verte » pour les appels gratuits tous les jours ouvrables.

☐ S'inspirer des expériences des approches communautaires pour amener les hommes à avoir une attitude favorable sur la contraception

Les hommes sont réticents à se rendre dans les SMI qu'ils perçoivent comme des lieux féminins. Ce qui rend les programmes privilégiant les approches communautaires susceptibles à être de meilleures stratégies qui ont un fort potentiel pour la persuasion des hommes. Les résultats de différentes de certaines expériences menées significatifs "Approche Men as Partners en Côte d'Ivoire", "Approche engagement constructif des hommes à la PF au mali", "Approche IFC", "Approche école des maris Burkina". Par ailleurs, au Burkina Faso, le dynamisme du secteur communautaire, notamment les Organisations à Base Communautaire (OBC) ont pu accumuler au fil des ans, une expertise sur la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement, le plaidoyer, etc. Cette expertise constitue une opportunité sur laquelle on pourrait s'appuyer pour redessiner une interface avec les hommes sur la contraception moderne des femmes. Ces démarches devraient être appliquées avec rigueur en n'omettant rien de tout ce que cela implique en termes d'exigence en temps, en ressources techniques et financières (participative par essence).

5.4.2 Implications sur les pratiques professionnelles de l'offre de la contraception

☐ Améliorer la rhétorique communicationnelle sur la contraception moderne

Centrer la communication non pas seulement sur les limitations des naissances, les raisons démographiques/développement qui sont désavoués et nourrissent des controverses, mais sur le bien-fondé sanitaire de la contraception pour la mère et l'enfant. Les communications des agents de santé gagneraient plus d'intérêt à s'axer sur le caractère innocuitaire des effets secondaires et sur l'inexistence d'un lien entre pratique contraceptive de la femme et infidélité. En somme, une amélioration des compétences communicationnelles des agents est se révèle indispensable.

☐ Dissiper les rumeurs qui font obstacles à l'adoption de méthodes contraceptives modernes à travers des études du milieu dans chaque aire de santé ;

Les rumeurs devraient être identifiées selon les types, les causes et leurs provenances à travers une étude du milieu ou une recherche action dans chaque aire de santé, réalisée par les agents du centre de santé localement. Il est donc essentiel de comprendre les significations sociales des effets secondaires ainsi que la nature des rumeurs et des idées fausses qui circulent dans les diverses populations desservies en vue de les désamorcer par: (i) la diffusion de messages à plusieurs sources en qui la population a confiance (chefs religieux, traditionnels, etc.) et avec des preuves convaincantes; (ii) et la diffusion de messages pendant les consultations dans le contexte de leur signification locale de sorte à désillusionner les couples. Ces messages seront fondés sur la persuasion et non l'imposition.

☐ Accorder une attention particulière à l'implication des hommes.

Les perceptions, les croyances et les normes socio-culturelles néfastes contribuent de façon significative à l'attitude de désapprobation des hommes sur les contraceptifs modernes des femmes. Le counseling adapté, interactif, flexible et centré sur le couple est la stratégie la plus appropriée pour requérir une attitude favorable des hommes face à la PCM de leurs femmes. Il faut également utiliser la plateforme des grands événements nationaux (Journée du paysan, Journée internationale de la femme ; etc.) pour la promotion de la contraception moderne.

☐ "Déféminiser" l'environnement des prestations de services de contraception.

La présence écrasante des femmes dans les salles d'attente importune de nombreux hommes qui trouvent inacceptable de s'asseoir avec les femmes. Pendant nos observations, nous avons remarqué des femmes enceintes venues en CPN, venues pour accouchement et leurs accompagnantes, des femmes accouchées récentes, des femmes venues en consultation post natale avec leurs enfants et celles venues pour la contraception partagent les mêmes places et espaces. Comme solution à cela, les centres devraient donc avoir des salles d'attente spécialement réservées aux clients masculins. Mais quand le moment vient pour une femme d'être reçu, le conjoint est systématiquement fait appel pour le counseling en couple.

Certains hommes accusent, le manque de temps pour accompagner leurs femmes au centre. A cet effet, les horaires et/ou les jours devraient être flexibles en permettant de recevoir les couples en dehors de ce qui est prévu de façon règlementaire. De même, les hommes ne se sentent pas la bienvenue dans les lieux de prestation de la contraception car selon eux, cet environnement a par essence une vocation féminine. Cette situation est interpellatrice aux services de santé pour un changement d'approches stratégiques et paradigmatiques. Cela suppose aussi que certains paradigmes "santé maternelle et infantile"; "prévention de la transmission mère enfant du VIH" et "élimination de la transmission mère enfant du VIH"; puissent être remplacés respectivement par "santé du couple et de l'enfant"; "prévention de la transmission parent enfant du VIH"; et "élimination de la transmission parent enfant du VIH". De même, les affiches montrant une femme et son enfant pourraient être remplacées par celles d'un homme, sa femme et leur enfant. De façon générale, il faut décorer les salles d'attente et les salles de consultation d'une manière à ce qu'elles plaisent autant aux hommes qu'aux femmes. En plus, il faut réserver des toilettes aux hommes. En outre, les affiches devraient être placardées là où les clients peuvent les voir et devraient aussi être mises dans des endroits communautaires, tels que les bars, les lieux de cultes, les marchés.

☐ S'appuyer sur les valeurs culturelles pour amener les hommes à avoir une attitude favorable sur la contraception moderne des femmes

Dans le contexte du milieu rural burkinabè comme il est le cas à Tanlarghin, nous sommes en présence des configurations des rapports hommes-femmes qui ne favorisent pas la PCM par les femmes. Cependant, elle ne saurait être perçue comme une barrière insurmontable car, dans bien de cas, ces valeurs contiennent des brèches sur lesquelles l'on pourrait s'appuyer pour engager les hommes dans la contraception moderne. A cet effet, il est ressorti des entretiens que des valeurs de responsabilité, de protecteur de la famille sont reconnues être des attributs indubitables de la masculinité. Ces symboles pourraient servir de base culturelle pour promouvoir "parenté responsable" et une "procréation consciente" qui s'entendent par une descendance à la hauteur de ces moyens qui préserve la santé de la mère et de l'enfant.

CONCLUSION

A travers ce travail, nous avons cherché à cerner les raisons qui déterminent l'attitude favorable ou défavorable des hommes face à la PCM des femmes, en choisissant de nous focaliser sur les représentations sociales et les relations de genre au sein du couple sur la contraception de la femme. Au-delà des explications uniquement du côté de la culture locale, il nous est aussi paru fondamental d'investiguer du côté de l'adaptation de l'offre des services de contraception moderne par rapport aux besoins et attentes des hommes. A cet effet, nous avons dressé une analyse des discours des hommes, notamment dans un contexte rural qu'est le village de Tanlarghin, qui a permis de dégager les déterminants des attitudes des hommes face à la PCM des femmes, en préférant comme public cible, les hommes vivant en couple. En choisissant de nous focaliser sur un échantillon exclusivement masculin, nous avons voulu dépasser les analyses classiques orientées sur les opinions des femmes.

Comme résultats, nous avons trouvé que les raisons qui amènent les hommes à être favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par leurs femmes sont l'espacement des naissances, qui s'accompagnerait d'une bonne santé de la mère et de l'enfant. De même, l'attitude favorable de ces hommes pour la contraception moderne des femmes est exprimée lorsqu'ils décident de mettre fin à la vie reproductive de la femme.

Quant aux déterminants de l'attitude de désapprobation, ils résultent de la valeur sociale attribuée à la procréation qui embringue un conformisme chez les hommes pour qui un enfant constitue une richesse familiale, spirituelle, économique et sécuritaire. Tout cela implique une stigmatisation socio-culturelle de l'homme dont la femme utilise des méthodes contraceptives. De même, les hommes rattachent la contraception moderne à l'avortement, l'infanticide et la stérilisation féminine et préfèrent la contraception naturelle. Parallèlement, des rumeurs sur les contraceptifs modernes ont été identifiées comme des freins importants à l'approbation des hommes du recours de la contraception moderne par leurs femmes. En outre d'autres déterminants tels la prééminence et la problématique de la prise en charge des effets secondaires, la féminisation de l'environnement de prestations de la contraception moderne ont aussi été évoqués par les enquêtés pour rendre compte de leur désapprobation de l'usage des contraceptifs par leurs femmes. Enfin, les rapports socialement construits entre les hommes et les femmes sont inégalitaires en faveur des hommes donnant forme à un niveau déficient de dialogue dans les couples sur la contraception moderne, à une crainte de remise en cause du statut de masculinité et à la relégation de la question de la contraception sous la seule responsabilité de la femme. Ce qui ne favorise pas la PCM des femmes.

Toutefois, les résultats de cette étude profilent des pistes de recherche en rapport avec des questions non moins importantes. Il s'agit des facteurs propres aux femmes qui déterminent l'attitude des hommes quand on sait que notre étude s'est adressée uniquement à un public masculin. Il pourrait être intéressant dans le cadre d'autres études futures, d'associer les femmes pour trianguler leur point de vue avec ceux des hommes afin d'explorer les similitudes et dissimilitudes possibles pour enrichir les évidences. Par ailleurs, notre étude n'a pris en compte non plus, la pratique de la contraception moderne des hommes, alors que ce volet aurait permis de mieux apprécier la pratique de la contraception moderne de couple d'une façon générale et de préciser encore plus les facteurs qui la déterminent.

Les résultats de notre étude, en mettant en évidence ces différents déterminants ci-dessus, soulèvent d'importantes implications pour les politiques et programmes ainsi pour les pratiques des professionnelles de santé en générale et maïeutiques en particulier en matière de contraception moderne. Ces résultats suggèrent que les programmes de planification familiale élargissent la portée des programmes en incluant des messages destinés aux hommes, adoptent une approche plus axée sur le couple et utilisent des mesures innovantes avec l'optimisation de l'engagement communautaire sur la contraception moderne. Ces résultats révèlent également l'importance d'une communication énergique et efficace sur les effets secondaires des contraceptifs qui permettrait d'endiguer la diffusion de fausses rumeurs à ce sujet. De même, une surveillance active et permanente de ces effets secondaires reste une nécessité. Enfin, la mise en place d'un système de prise en charge gratuite des effets secondaires des contraceptifs, la déféminisation des services d'offre de contraception moderne, sont essentielles.

Au terme de ce travail, aussi moindre soit-il, nous espérons avoir apporté un regard nouveau sur les logiques socialement construites et les entraves des services de santé qui amènent les hommes à être favorables ou défavorables vis-à-vis de la pratique de la contraception moderne des femmes. Nous souhaitons ainsi avoir inspiré de nouvelles pistes de réflexions chez les intervenants des centres de planification familiale, mais aussi chez les chercheurs qui s'intéressent autant au sujet de la contraception. A ce titre, nous envisageons produire un article à partir des résultats de notre étude qui sera intitulé "contraception moderne féminine : regard et implication des hommes" à l'intention de la communauté scientifique.

BIBLIOGRAPHIE

- Adewuyi, A., & Ogunjuyigbe, P. (2003). The role of men in family planning: An examination of men's knowledge and attitude to contraceptive use among the Yorubas. African Population Studies, 18 (1), 36-49p. Consulté le 01/09/16 à l'adresse https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/1255
- **Ahman, E., & Shah, I. (2011).** Unsafe abortion global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva: World health organization (WHO).
- Almedom, A. M., Blumenthal, U., & Manderson, L. (1998). *Procédures d'évaluation sanitaire:* stratégies d'échantillonnage. Consulté à l'adresse http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN12F/UIN12F00.HTM#Contents
- Amatya, R., Akhter., H., McMahan, J., Williamson, N., Gates, D., and Y. Ahmed (2012) The effect of husband counseling on contraceptive acceptability in Bangladesh, Contraception, vol 50(3): 263–273.
- Andro, A., & Hertrich, V. (2001). La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses? Population (french Édition), 56 (5), 721-771. Consulté le 27/06/16 à l'adresse http://www.jstor.org/stable/1534884
- Association SonguiManegre/Aide au Développement Endogène-ASMADE. (2014). Rapport de l'étude diagnostic communautaire de base sur la Santé Sexuelle et Reproductive et le genre dans les villages de Gonsé et de Tanlarghin, de Tanvi-Nakamtenga, Tansablogo, et Pikiéko.
- **Bardin, L. (2013).** *L'analyse de contenu. Paris: Presses universitaires de France*. Consulté à l'adresse http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2001.berjon_a&part=38641
- **Bérubé**, **S.** (2012). L'application de la théorie du comportement planifié aux comportements écologiques: une méta-analyse portant sur les modérateurs potentiels. Université du Québec à Trois-Rivières/Montréal. Consulté le 07/12/16 à l'adresse http://depot-e.uqtr.ca/6144/1/030404071.pdf
- **Bizet Y.** (2013). La contraception et les hommes: étude quantitative évaluant leurs connaissances, leur implication et leurs attentes [Thèse d'exercice]. France : Université de Paris-Pierre et Marie Curie. UFR de médecine;]
- Borrero, S., Farkas, A., Dehlendorf, C., & Rocca, C. H. (2013). Racial and ethnic differences in men's knowledge and attitudes about contraception. Contraception, 88(4), 532-538. Consulté le 09/09/16 à l'adresse https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.04.002
- **Braun, V., & Clarke, V. (2006).** *Using thematic analysis in psychology.* Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101. Consulté le 03/11/16 à l'adresse https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a
- Bruce, J. C., Langley, G. C., & Tjale, A. A. (2008). The use of experts and their judgments in nursing research: an overview. Curationis, 31(4), 57-61. Consulté le 27/09/16 à l'adresse http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S2223-62792008000400007&script=sci_arttext&tlng=en
- Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2006). Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015.
- Burkina Faso; Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso et ICF international Calverton, Maryland, USA. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-BF, 2010) 2010, 525p. Consulté le 09/04/16 à l'adresse http://www.burkinadoc.milecole.org/Pieces Jointes/PDFs/Conna%C3%AEtre le Burkina/Rep%C3%A8res Statistiques/Stat burkinabf eds 2010.pdf

Castle, S. (2011) A Pre-service Training Assessment of Family Planning Curricula in Mali, A Report to the Institute of Reproductive Health, Georgetown University.

Centre de santé et de promotion sociale de Tanlarghin. Plan d'action 2016.

Chapoulie, J.-M. (2001). Comment écrire l'histoire de la sociologie : l'exemple d'un classique ignoré, Le paysan polonais en Europe et en Amérique. Revue d'Histoire des Sciences Humaines, no 5(2), 143-169. Consulté le 06/07/16 à l'adresse http://www.cairn.info/resume.php?id article=rhsh 005 0143

Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. The Lancet, 368(9549), 1810-1827. Consulté le 02/11/16 à l'adresse https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69480-4

Conférence mondiale sur les femmes (Éd.). (1996). Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes: Beijing, 4-15 septembre 1995. New York: Nations Unies. Consulté à l'adresse http://www.planning-familial.org/sites/internet/files/pekin.1995.pdf

Congo, Z. (2007). Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle: analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998/1999. Paris: Centre population et développement (CEPED). Documents d'analyse n°5, Paris. 72p

Conseil de l'Europe; Commission permanente. (2004). Rapport de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe: la responsabilité des hommes et particulièrement des jeunes hommes en matière de santé génésique, texte adopté par la Commission permanente Consulté le 15/09/16 à l'adresse http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-XrefiewHTML.asp?FileID=10596&lang=fr

DaVanzo, J., Hale, L., Razzaque, A., & Rahman, M. (2007). Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 114(9), 1079-1087. Consulté le 05/07/16 à l'adresse https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01338.x

Delphine, C. (2015). La connaissance des hommes sur la contraception: Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans (Thèse de Docteur en médecine). Université Paris Diderot-paris. Consulté le 12/12/16 à l'adresse http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4844 CADIERGUES these.pdf

Désalliers, **J.** (2008). Approche ethnographique de l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural sahélien, Burkina Faso. Thèse d'étude en anthropologie, 158p. Consulté le 09/09/16 à l'adresse http://www.giersa.ulaval.ca/sites/giersa.ulaval.ca/files/memoires/desalliers_julie_2009_memoire.pdf

Desjeux, C. (2012). Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. Basic and Clinical Andrology, 22(3), 180-191. Consulté le 23/08/16 à l'adresse https://doi.org/10.1007/s12610-012-0183-2

Desjeux, C. (2013). *Une occultation des pratiques masculines de contraception.* (6). 151-160 Consulté le 03/09/16 à l'adresse http://www.revue-interrogations.org/Une-occultation-des-pratiques

Direction régionale de la santé du centre. (2016). Plan d'action 2016.

District sanitaire de Bogodogo. (2016). Plan d'action 2016.

Ditekemena, J., Koole, O., Engmann, C., Matendo, R., Tshefu, A., Ryder, R., & Colebunders, R. (2012). Determinants of male involvement in maternal and child health services in sub-Saharan Africa: a review. Reproductive Health, 9(1). Consulté le 09/11/16 à l'adresse https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-32

Dodoo, F. N.-A., & Seal, A. (1994). Explaining spousal differences in reproductive preferences: A gender inequality approach. Population and Environment, 15(5), 379-394. Consulté le 05/09/16 à l'adresse https://doi.org/10.1007/BF02208319

- **Drapeau M. (2004).** Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques psychologiques 2004;10:79-86. Consulté le 01/09/16 à l'adresse https://www.researchgate.net/profile/Martin_Drapeau/publication/240194408
- **Duze, M. C., & Mohammed, I. Z. (2006).** *Male knowledge, attitudes, and family planning practices in northern Nigeria.* African Journal of Reproductive Health, 10(3), 53-65. Consulté le 22/10/16 à l'adresse https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518131
- **Fassassi R. (2007).** Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle : rapport de synthèse.; Paris : CEPED ; GRIPPS, 77 p. Consulté le 17/06/16 à l'adresse http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-07/010039688.pdf.
- Fédération du Québec pour le planning des naissances, (2012); Evaluation des effets secondaires des méthodes contraceptives. Consulté le 22/08/16 à l'adresse http://www.fgpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2013/07/limplant-contraceptif-norplant.pdf
- **Gautier Arlette 2004.** Les politiques de planification familiale: cinq expériences nationales, p. 1-24. Paris: Centre français sur la population et le développement. 231 p. (CEPED). Consulté le 23/06/16 à l'adresse http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/doc34-08/010037031.pdf.
- **Guba, E. G., Lincoln, Y. S., & others. (1994).** Competing paradigms in qualitative research. Handbook of qualitative research (p. 105-117). Londres: Sage 2(163-194), 105. Consulté le 11/10/16 à l'adresse http://steinhardtapps.es.its.nyu.edu/create/courses/3311/reading/10-guba_lincoln_94.pdf
- **Hadiza M. (2003)**; Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », Bulletin de l'APAD, Consulté le 11/07/16 à l'adresse : http://apad.revues.org/205; ISSN : 1950-6929
- **Hadiza Moussa.** (2004) *La pratique de la planification familiale en milieu rural: cas du district de Kollo.* Consulté le 28/06/16. à l'adresse: http://www.africabib.org/rec.php?RID=406584184.
- **Idogo, M., & Moné. (2016).** *Tradition et espacement des naissances au Burkina Faso.* Consulté à l'adresse http://lesechosdufaso.net/tradition-et-espacement-des-naissances-au-burkina-faso. Consulté le 08/03/16 à l'adresse http://lesechosdufaso.net/tradition-et-espacement-des-naissances-au-burkina-faso/
- **J. P. Olivier de Sardan (1999)** "Les champs de la santé", 1999, 374 p. », Paris, Presses Universitaires de France, coll. Bulletin de l'APAD Consulté le 28/06/16. à l'adresse: http://apad.revues.org/466
- **Jaffré Yannick**, **(1999)** «*Pharmacies des villes, pharmacies "par terre*"», in: Bulletin/APAD, n°17, p.63-70 URL: Consulté le 12/06/16. à l'adresse http://apad.revues.org/482
- **Jobin, Florine (2008)** Discours, Pratiques et Représentations Autour de La Contraception Médicalisée Au Bénin. Université de Neuchâtel. Consulté le 12/06/16 à <u>l'adresse</u> https://doc.rero.ch/record/10681.
- **Judicaël, A. A. S. (2016).** *Problématique de l'usage des contraceptifs hormonaux en milieu rural Gwa de Domlon (Côte d'Ivoire)*. European Scientific Journal, ESJ, 12(32). Consulté le 07/01/17 à l'adresse http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/8397
- Kouadio Koffi Oscar BODOUA. (2013). Perceptions sociales et attitudes thérapeutiques associées aux césariennes indiquées en milieu rural de Côte d'Ivoire. L'exemple des mères césarisées de la communauté Abbey d'Azaguié-Ahoua. Diplôme d'études approfondies. Consulté 03/03/16, à l'adresse http://www.memoireonline.com/01/14/8563/m Perceptions-sociales-et-attitudes-therapeutiques-associees-aux-cesariennes-indiquees-en-milieu-r.html
- Lénan Ganguinon, K. R. (2009). Les facteurs explicatifs de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes au Tchad. IIFORD, Yaoundé. Consulté le 08/03/16 à l'adresse http://www.ceped.org/ireda/inventaire/ressources/lenan_ganguignon2009.pdf

- **Lundgren R, Cachan J, & Jennings V. (2012).** Engaging men in family planning services delivery: experiences introducing the standard days method® in four countries. World Health and Population, 14(44). Consulté le 06/11/16 à l'adresse http://www.popline.org/node/563749
- Maiga, O. S., Poudiougou, B., Kéita, T. F. D., Ronse, I., Boundy, F., Bagayoko, D., & Diallo, D. (2007). Role of men in family planning decisions in Mali. Le Mali Medical, 22(4), 27-30. Consulté le 30/10/16 à l'adresse https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19434978
- Malthus, T. R., Prévost, P., Prevost, G., Rossi, P., Comte, C., Garnier, J., Prevost, G. (1845). *Essai sur le principe de population. Guillaumin.* Consulté le 23/07/16 à l'adresse http://classiques.uqac.ca/classiques/maltus thomas robert/essais population/principe de population.pdf
- Miles, M., Huberman, A. M., & Hlady-Rispal, M. (2007). Analyse des données qualitatives. Bruxelles: (2 éd.). Paris, France: De Boeck Université.

Ministère de la santé du Burkina Faso; Direction générale des études et des statistiques sectorielles. (2016). *Annuaire statistique 2015*.

Ministère de la santé du Burkina Faso, Comité national de suivi du plan national de développement sanitaire. (2016). Rapport de la revue 2015 du secteur santé.

Ministère de la Santé du Burkina Faso; Direction de la santé de la famille. (2010). Normes et protocoles de santé de la reproduction.

Nathalie Bajos et al., « Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains», Population 2013/1 (Vol. 68), p. 17-39.Consulté le 27/06/16 à l'adresse http://www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-17.htm

Nations Unies (2015). Objectifs de Développement Durable, Consulté le 22/10/16 à l'adresse http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/fr/.

Ndiaye, M. D. (2003). Pauvreté, attitudes et pratiques des hommes en matière de planning familial : le cas du quartier de Randoulène Nord (Thiès, Sénégal) », in pauvreté, fécondité et planification familiale, séminaire CICRED, mexico 1998, pp 237-253. Consulté le 18/03/16 à l'adresse http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Ndiaye.PDF

Okwor, E. U., & Olaseha, I. O. (2009). Married Men's Perception about Spousal Use of Modern Contraceptives: A Qualitative Study in Ibadan Northwest Local Government Area, Southwest Nigeria. International Quarterly of Community Health Education, 30(3), 223-238 Consulté le 08/01/17 à l'adresse. https://doi.org/10.2190/IQ.30.3.d

Onyango, M. A., Owoko, S., & Oguttu, M. (2010). Factors that influence male involvement in sexual and reproductive health in Western Kenya: a qualitative study: original research article. African Journal of Reproductive Health, 14(4), 33-43. Consulté le 19/08/16 à l'adresse https://journals.co.za/content/ajrh/14/4/EJC121051

Organisation des nations unies. (1995). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement; le Caire, 5-13 septembre 1994 (p. 200). New York, 1995. Consulté le 20/03/16 à l'adresse https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd fre.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2006); *Planification familiale/Contraception*. Consulté le 05/02/17 à l'adresse http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/

Organisation Mondiale de la Santé; département santé et recherche génésique et l'initiative de mise en œuvre des meilleures pratiques-IBP (2011). Planification familiale: un manuel à l'intention de tous les prestataires du monde entier. Consulté le 25/09/16 à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97943/1/9780978856304 fre.pdf

Organisation Mondiale de la Santé; Department of Reproductive Health and Research and Department of Making Pregnancy Safe, W. (2012). Policy Brief on Birth Spacing – Report from a World Health Organization Technical. Consulté le 07/10/16 à l'adresse http://apps.who.int/iris/handle/10665/75162

Organisation Mondiale de la Santé; département santé et recherche génésique et l'initiative de mise en œuvre des meilleures pratiques-IBP (2015). Pratiques à haut impact dans la planification familiale. Consulté le 05/03/17 à l'adresse

https://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hip list fre.pdf

Population Reference Bureau and African Population & Health Research Center-PRB/APHRC (2008). Monitoring-and-evaluation/population/population-reference Consulté le 05/01/17 à l'adresse http://library.health.go.ug/publications/leadership-and-governance-

Quivy, R., & Campenhoudt, L. van. (2009). Manuel de recherche en sciences sociales. Paris: Dunod. Consulté à l'adresse http://www.decitre.fr/livres/manuel-de-recherche-en-sciences-sociales-9782100500390.html

Rutstein, S. O. (2008). Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. Demographic and Health Research (41) Consulté le 07/10/16, à l'adresse http://www.popline.org/node/209750

Salter, M. L., Go, V. F., Celentano, D., Diener-West, M., Nkhoma, C. M., Kumwenda, N., & Taha, T. E. (2008). The role of men in women's acceptance of an intravaginal gel in a randomized clinical trial in Blantyre, Malawi: A qualitative and quantitative analysis. Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 20(7), 853-862.

Savoie Zajc, L., & Karsenti, T. (2000). Introduction à la recherche en éducation. Éditions du CRP, pp.171-198.

Smet, L. (2012). L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception (Etude qualitative en Rhône-Alpes) - OpenGrey. faculté de médecine, Saint-Etienne, 1 volume (34f.), Bibliogr. 18 ref., 33p. Consulté le 05/03/17 à l'adresse http://www.opengrey.eu/item/display/10068/883277

Stake, R. E. (2009). The Case Study Method in Social Inquiry. In R. Gomm, M. Hammersley, & P. Foster, Case Study Method (p. 18-26). SAGE Publications Ltd. Consulté le 10/10/16 à l'adresse https://doi.org/10.4135/9780857024367.d5

Tessema, Z. K. (2002), Zewditu Kebede. *Husband-wife communication about family planning in Assosa Town (Ethiopia);* thesis; University of Oslo, Masteroppgave, University of Oslo. Consulté le 06/09/16 à l'adresse https://www.duo.uio.no/handle/10852/30082

Theuring, S., Mbezi, P.; Luvanda, H., Jordan-Harder, B., Kunz, A., & Harms, G. (2009). *Male Involvement in PMTCT Services in Mbeya Region, Tanzania. AIDS and Behavior*, 13(S1), 92-102. Consulté le 09/08/16 à l'adresse https://doi.org/10.1007/s10461-009-9543-0

Thiriat M.-P.(2000); «Les pratiques matrimoniales, aux principes des systèmes de genre» in M. Bozon et T. Locoh (sous la direction de), Rapports de genre et questions de population ;Genre, population et développement, Paris, TNED, Dossiers et Recherches N° 85, pp.81-94.

Touati, N., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., & Béland, F. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec: comment tirer profit de l'expérimentation sociale? Sciences sociales et santé, 23(2), 75-102. Consulté le 11/03/16 à l'adresse https://doi.org/10.3406/sosan.2005.1652

United Nations Population Fund (UNFPA). (2013). Connaissances attitudes et pratiques des populations du Burkina Faso dans le domaine de la santé de la reproduction. Rapport d'enquête, 101p. Consulté le 20/04/16 à l'adresse http://burkinafaso.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/rapportcap avalider.pdf

- **USAID** | **Health Policy Initiative, Task Order 1.** (2009). *L'Engagement constructif des hommes en santé de la reproduction*; Washington, DC: Futures Group International, Health Policy Initiative, Task Order 1. Consulté le 10/10/16 à l'adresse https://www.k4health.org/sites/default/files/.pdf
- Welzer-Lang, D. (2013). La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre. Springer-Verlag. Consulté le 08/03/16 à l'adresse https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01429398
- Yaméogo W, Y. W., Kouanda, S., & Bado, A. R. (2011). Comment accroître la participation des hommes à la planification familiale en Afrique: trouver la bonne interface. Institut de Recherche en Sciences de la Santé. Ouagadougou, Burkina Faso, 19p. Consulté le 20/11/2016 à l'adresse http://uaps2011.princeton.edu/papers/110674
- **Yin, R. K. (2003). Case study research:** *design and methods (3rd ed)*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications. Consulté le 14/07/16 à l'adresse http://cemusstudent.se/wp-content/uploads/2012/02/yin k robert-1.pdf
- Yin, R. K. (2009). Case study research: Design and methods (4th Ed.). The Canadian Journal of Action Research, 14(1), 69-71.
- Zoungrana, C. M., Yacouba, Y., & Traoré, S. (2007). Rôle des hommes et des leaders d'opinion dans la promotion de la planification familiale au Burkina Faso: permanence ou changement?, Collogue international de l'AIDELF Canada 2008, démographie et culture, pp241-253. Consulté le 18/11/16 à l'adresse http://www.planificationfamiliale-burkinafaso.net/docs/publications/articles/2000-/Zougrana.pdf
- **Zra. I.** (2008). Les facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun. Institut de formation et de recherche démographiques-IFORD, Diplôme d'études supérieures spécialisées en démographie, 115p. Consulté le 22/07/16 à l'adresse http://www.ceped.org/ireda/inventaire/ressources/zra issa 2008.pdf

Annexe 1 : Guide d'entretien individuel semi-structure auprès des hommes

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL SEMI-STRUCTURE AUPRES DES HOMMES

Section 1 : Présentation de l'intervieweur, de l'enquête et obtention	du consentement				
Bonjour. Je m'appelle KONDITAMDE André, je suis étudiant à l'Insti	tut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en santé (IFRIS). Dans le cadre de				
mon étude sur « Déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de	e la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè», nous devons effectuer				
un entretien individuel avec vous. Les informations que nous collecterons no	us permettront de saisir pourquoi vous désapprouvez la pratique contraceptive moderne				
de votre femme. Nous menons cette étude dans le but de contribuer à l'amélic	rration de la santé de la mère et de l'enfant. Nous tenons à vous dire qu'il n'existe pas de				
bonne ou mauvaise réponse. L'entretien dure habituellement 40 à 45 minu	tes. Les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne				
seront transmises à personne d'autre. Vous n'êtes pas obligé de participer à c	cet entretien, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est				
très importante. S'il arrivait que je vous pose une question à laquelle vous	ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez				
également interrompre l'interview à n'importe quel moment.					
Avez-vous des questions à me poser ? Oui \square	.Non □				
Si Oui, laquelle (lesquelles)					
Puis-je commencer l'interview maintenant ? Oui \square	Non 🗖				
-Si non, nous vous remercions pour le temps accordé, l'entretien est termir	né				
-Si oui, nous vous remercions d'avance pour le temps que vous nous accor	derez pour l'entretien				
Si vous ne trouvez pas d'inconvénient, l'entretien sera enregistré afin de non	us permettre de gagner du temps et de recueillir les informations exactes que vous nous				
aurez données. Oui 🗆Non 🗆					
Section 2 : informations d'ordre général et questions sociodémographiques					
Data da l'autorian	Ough				

Section 2: Informations a ordic general ct questions sociodemograp	mques			
Date de l'entretien	Quel est votre niveau d'instruction ?			
Numéro de l'enquêté	Combien d'enfant avez-vous ? // Combien d'enfant souhaitez-			
Lieu de l'interview	vous avoir ? //			
Horaire de l'interview : début/_//_/ fin /_//_/	Quel est le type d'union que vous avez avec votre femme ? Marié 🗖			
Secteur/quartier d'origine de l'interviewé	concubinage 🗖			
Heure de début de l'entretien	Quel est votre régime matrimonial ? Monogamie 🗖 💮 Polygamie 🗖			
Quel âge avez-vous ? Age (en années) / _// _/	Quel est votre fonction sociale			
Quel est l'âge de vos conjointes? 1-Age (en années) _//_/; 2-Age (en	Quel est votre religion			
années) /_//_/ ; 3-Age (en années) _//_/ ; 4-Age (en années) _//_	Quelle est votre occupation			

Sous-section	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de relance
1.	Selon vous, est-il utile de réguler les naissances ? Pourquoi ?	a) Après avoir eu un enfant, combien de temps pensez-vous qu'il faut attendre avant d'en avoir un autre?	Pouvez-vous me donner des exemples ?
Connaissances		b) Quels sont selon vous, les avantages de ce choix ?	Quels autres avis avezvous à émettre?
des hommes sur les méthodes contraceptives	Que pensez-vous des méthodes modernes de planification qui existent ?	a) Selon vous, la religion est-elle un obstacle à la contraception moderne des femmes? Si oui,	Pouvez-vous me donner des exemples ?
modernes	Selon vous, quels sont les raisons d'ordre culturel qui amènent les hommes à accepter ou à ne pas accepter que les femmes utilisent la contraception moderne?	expliquez b) Selon vous, les traditions sont-elles un obstacle à la contraception moderne des femmes? Si oui, expliquez	Quels autres avis avezvous à émettre?
	En général, que pensent les hommes de ce village des méthodes contraceptives modernes	c) Pensez-vous que les contraceptifs ont des conséquences sur les femmes ?	Pouvez-vous me donner des exemples ?
2. Compréhension	?	d) Quels sont selon vous, les inconvénients de la pratique ;	Quels autres avis avezvous à émettre?
s et perceptions des hommes sur les méthodes	des garçons que des filles, d'autres le	a) Quelle est votre opinion sur le sexe idéal de l'enfant à avoir ?	Pouvez-vous me donner des exemples ?
contraceptives modernes	contraire, d'autres n'ont pas de préférence. Selon vous, pourquoi?	b) Quelles sont les raisons d'un tel choix ? c) Selon vous, pourquoi certains hommes veulent avoir une progéniture nombreuse	Quels autres avis avezvous à émettre?
	D'une manière générale, parlez-nous des facteurs en rapport avec les « coûts » qui		Pouvez-vous me donner des exemples ?
	amènent les hommes à ne pas accepter que les femmes utilisent la contraception moderne	Éprouvez-vous des difficultés avec les coûts des CM ?	Quels autres avis avezvous à émettre?

Section 4 : rapports de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes

Sous-section	Questions principales	Questions complémentaires	Questions de relance
rapports de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes	Communiquez-vous au sein de votre couple sur la pratique de la contraception moderne de votre femme ?	contraception moderne au sein de votre couple ? c) Quels sont les contenus des discussions en rapport avec la contraception moderne que vous mené	Pouvez-vous me donner des exemples ? Quels autres avis avez- vous à émettre?

•		moderne avec les attentes et besoins des hommes	0 1 1
Adaptation de l'offre des services de contraception moderne	Questions principales 1. selon vous, quelles seraient les raisons liées	Questions complémentaires a) Si vous êtes déjà allé au centre de santé, qu'est-ce qui vous inciterait ou vous découragerait à y retourner : les Attitudes du Personnel de Santé ; le manque de salles d'attente adéquates, le manque de respect de la vie privée et de la confidentialité ; environnement non accueillant pour les Hommes b) Les services de santé sexuelle et reproductive sontils accessibles aux hommes? c) Le centre de santé possède-t-il un système pour encourager les hommes et les garçons de la communauté à utiliser les services de santé? d) Est-ce que vous aviez été déjà sensibilisé sur la contraception moderne? e) Avez-vous déjà été sensibilisé à accompagner votre femme au centre de santé f) Avez-vous déjà été sensibilisé à discuter avec votre femme et lui permettre d'utiliser une méthode contraceptive moderne	Pouvez-vous me donner des exemples ? Quels autres avis avez- vous à émettre?
adéquation des stratégies impliquant les hommes	2. Selon vous, quelles seraient les raisons liées à l'offre de services de contraception moderne incitant les hommes à vouloir ou non accompagner leur femme au centre de santé pour la pratique contraceptive?	 a) Selon vous, comment les hommes de votre village devraient-ils être impliqués dans les activités de contraception moderne? b) Quels sont les facteurs qui pourraient encourager les hommes à accepter l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans les activités de contraception moderne pour eux-mêmes et leurs partenaires féminines? 	Pouvez-vous me donner des exemples ? Quels autres avis avez- vous à émettre?

Section 6 : Evaluation de l'entretien :

Quels sont les points de notre entretien que vous pensez qu'on puisse améliorer lors des prochains entretiens ?

Annexe 2 : Extrait de verbatim codé

# ligne	Verbatim	Codes
377.	Q : Selon vous, est-il utile de réguler les naissances ? Pourquoi ?	
378.	H12 : Ah bien ça, pour moi, c'est que un enfant doit avoir un certain âge afin d'avoir un petit frère.	Espacement des naissances
379.	Q : Merci, mais pour vous quelle est son avantage ?	
380.	en forme non seulement elle n'en souffrira pas et toi aussi tu n'en souffriras pas	Avantages de la contraception moderne
381.	Q : Merci, qu'est qui explique que des hommes refusent que leurs femmes pratique la contraception	

# ligne	Verbatim	Codes
	moderne	
382.	H12 : Je pense que c'est la sensibilisation qui manque	Ignorance
383.	Q : Oui ? Mais sur quoi se basent les gens pour refuser, quels les prétextes qu'ils avancent ?	
	H12 : Ah les prétextes il n'en manque pas, parce que si certaines femmes gagnent ça, elle sorte et font ce qui n'est pas bon maintenant.	Infidélité des femmes
385.	Q : Pourquoi certains hommes n'accompagnent pas les femmes dans les centres de santé	
386.	trouvons que c'est déià suffisant, et nous pouvons profiter vaquer à autre chose. Et puis si elles se	Occupation de l'homme Féminisation des services de SMI

Annexe 3 : Extrait de la compilation des codes selon leur provenance permettant d'identifier les éléments semblables, divergents mentionnés par les différents répondants

Liste des codes généraux	H1	H2	H3	H4	H5	Н6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	20	H21	H22	H23	H24
Espacement des naissances	x														x	x								x
Avantages de la contraception moderne		x	x	X					x	x			x						x			x		
Ignorance	x		X		X	X			X	X				X						x		X		
Infidélité des femmes			X	X	X			X	X		X		x	X			X	X	X					
Occupation de l'homme	x		x	x				x			X			x	x			x				x		
Féminisation des services de SMI				X			X												x					
Provoque des maladies	X	X		X	X	x		X	X	X		X	x	X		X	X	X		x	X		X	X
Cause la stérilité		x		X	x	x		X	x	X	X	X	x	X	X	X	X		X	x	X		X	X
Entraine la prise de poids	X				x					x				x			x	x	x	x		x		x
Tue les enfants dans le ventre de la maman					x	x	X			x			x									x		
Désir de progéniture nombreuse	x	x	x	X	x	x	X	X	x	x	x	x		x		x	x	x						
Interactions au sein du couple sur la contraception	x		x		x			x			X				X				x					
Agents de santé sont négligeant			x	X	x	x		x		x			x			x			x			x		
le mauvais accueil	X	x	X			x	X													x		X	X	X
les horaires des services de PF non favorables									x								x							x
pratique « clandestine » de la contraception par les femmes						,						X				x				x	x	x		

Annexe 4 : Extrait textuel des représentations thématiques

- Déterminants de l'attitude des hommes face à la PCM des femmes
- ☐ Déterminants de l'attitude d'approbation des hommes face à la PCM des femmes
 - →Connaissance des contraceptifs modernes et assentiment de la PCM des femmes par les hommes
 - →Appréciation du bien-fondé de la contraception moderne en rapport avec l'espacement idéal des naissances
 - Contraception pour l'espacement des naissances pour la santé de l'enfant
 - Contraception pour l'espacement des naissances pour la santé de la femme
 - Contraception pour l'espacement des naissances pour s'accommoder aux normes sociales
 - →Appréciation du bien-fondé de la contraception moderne en rapport avec la limitation des naissances
 - Contraception utilisées pour mettre fin à la vie reproductive de la femme
 - Contraception pour réduire la progéniture pour des raisons sociales
- Déterminants de l'attitude de désapprobation des hommes face à la PCM des femmes

Représentations des hommes sur la contraception moderne
→Vision sceptique des moyens contraceptifs modernes induite par les logiques sociales en matière à la procréation
- Désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons familiales, inférant une désapprobation des contraceptifs moderne des femmes par les hommes
- Raisons spirituelles suscitant une attitude défavorable des hommes à l'utilisation de la contraception par leurs femmes
- Désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons économiques, inférant une désapprobation des contraceptifs moderne des
femmes par les hommes
- Désir d'une progéniture nombreuse pour une assurance-vieillesse
- Désir d'enfants de sexe masculin qui est souvent source progéniture nombreuse et d'une attitude défavorable des hommes à la l'utilisation
de la contraception par leurs femmes
→Incertitude sur la survie des enfants dans un contexte mortalités infantiles élevées
→Préférence des méthodes naturelles de contraception amenant les hommes à avoir des attitudes défavorables à la
contraception moderne
→Vision septique des moyens contraceptifs modernes induite par la fréquence de survenue des effets secondaires
- Vision septique induite par les effets secondaires de la pilule
- Vision septique induite par les effets secondaires du stérilet
- Vision septique induite par les effets secondaires du dépo-provera
- Vision septique induite par les effets secondaires du norplant
→Problématique de la prise en charge des effets secondaires amenant les hommes à être défavorables à l'usage de ces
contraceptifs modernes par leurs femmes.
→Vision sceptique des moyens contraceptifs modernes induite par le poids des rumeurs
- Idées reçues et préconçues sur les conséquences néfastes des contraceptifs modernes sur la santé de la femme
- Confusion entre contraception moderne des femmes et infidélité ces dernières
- Confusion entre contraception moderne des femmes et stérilisation
→Croyances locales sur la contraception amenant les hommes à avoir une attitude défavorable quant à l'usage de ces
contraceptifs moderne par leurs femmes.
 Représentations du sang causé par les contraceptifs qui amènent les hommes à être défavorables pour leurs utilisations Représentations de l'aménorrhée qui amènent les hommes à être défavorables pour leurs utilisations
- Representations de l'amenormée qui amenent les nommes à etre dejavorables pour leurs utilisations - Lien nocif supposé de la semence masculine sur le lait maternel amenant les hommes à se départir des contraceptifs et des rapports sexuels
pendant l'allaitement
☐ Rapports de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes (RT2)
→ Niveau de dialogue sur la contraception moderne dans les couples déficient
- Absence de prises les décisions consensuelle dans le couple pour la pratique contraceptive de la femme dans le couple
- La contraception est un sujet tabou pour les hommes;
→ Crainte de la transgression de l'autorité masculine par la femme
- Réprobation des conjoints de l'utilisation clandestine des contraceptifs par les femmes
- Exultation du devoir de soumission de la femme à son conjoint en adéquation avec la socialisation
→Relégation de la contraception féminine à la seule responsabilité de la femme
- La contraception est une affaire des femmes
- Répugnance de l'accompagnement des femmes au centre de santé pour la contraception.
- Allégation des contraintes de travail et de temps par les hommes
Adéquation des besoins des hommes par rapport aux services de santé (RT3)
→ Féminisation des services et prestations de contraception moderne
→ Environnement d'offre de services de prestations de contraception moderne jugé peu accueillant pour les hommes
- Faible qualité de l'accueil des hommes dans les services de prestation de contraception moderne
- Durée d'attente longue au niveau des services de prestation de contraception moderne
- Insuffisance de la gestion de confidentialité
→ Inadéquation de la rhétorique promotionnelle des agents de santé sur les contraceptifs
→ Lacunes des approches de communication des agents sur la contraception moderne
Légende
Représentations thématiques
→Thèmes

Annexe 5 : Extrait graphique des représentations thématiques

- Sous thèmes

Connaissance et assentiment de la PCM des femmes Contraception pour l'espacement des naissances pour la santé de l'enfant par les hommes Contraception pour l'espacement des naissances pour la santé de la femme Appréciation du bien-fondé de la contraception Contraception pour l'espacement des naissances pour s'accommoder aux normes sociales moderne en rapport/espacement idéal des naissances Contraception utilisées pour mettre fin à la vie reproductive de la femme Appréciation du bien-fondé de la contraception moderne en rapport/limitation des naissances Contraception pour réduire la progéniture pour des raisons sociales Fondée sur des raisons familiales ; spirituelles Vision sceptique des moyens Déterminants de contraceptifs modernes induite par les Fondée sur des raisons économiques, d'assurance l'attitude logiques sociales de désir d'une Désir d'enfants de sexe masculin d'approbation des Représentations des hommes sur la progéniture nombreuse hommes face à la contraception moderne PCM des femmes Incertitude sur la survie des enfants dans un contexte mortalités infantiles élevées Préférence des méthodes naturelles de contraception Effets secondaires de la pilule, du norplant Vision septique des moyens contraceptifs modernes induite effets secondaires Effets secondaires du stérilet, du dépo-Prov. Problématique de la PEC des effets 2^{ndaire} Conséquences néfastes des contraceptifs Infidélité ; Stérilisation Poids des rumeurs sur les contraceptifs Représentations du sang ; de l'aménorrhée Déterminants de Croyances locales sur la contraception l'attitude de Lien nocif de la semence masculine désapprobation des hommes face à la Subjectivités directes ou indirectes de certains personnels soignants sur les contraceptifs PCM des femmes Pas de décisions consensuelles sur la PCM Dialogue sur la PCM dans les couples déficient Rapports de genre au sein du couple sur Contraception est un sujet tabou la pratique contraceptive des femmes Réprobation des conjoints de la PCM Crainte de la transgression de l'autorité Devoir de soumission de la femme masculine par la femme Contraception est une affaire des femmes Relégation de la contraception féminine à la Non accompagnement des femmes seule responsabilité de la femme Contraintes de temps des hommes Féminisation des services et prestations de contraception moderne Adéquation des besoins des hommes Faible qualité de l'accueil des hommes Relégation de la contraception féminine à la par rapport aux services de santé Durée d'attente longue au centre de santé seule responsabilité de la femme Insuffisance de la gestion de confidentialité Inadéquation de la rhétorique promotionnelle des agents de santé sur les contraceptifs Lacunes des approches de communication des agents sur la contraception

Annexe 6: Formulaire d'information

1. Titre de notre recherche

Déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè : Cas du village de Tanlarghin

2. Chercheur responsable du projet de recherche et encadreurs

- → **Nom de l'étudiant :** KONDITAMDE André, étudiant de Master en santé de la reproduction à l'Institut de formation et de recherche interdisciplinaire en santé (IFRIS) Email: andykdt@yahoo.fr; Mobile : +226 70339665
- → Nom du Codirecteur de mémoire : Dr ROUAMBA George Ph.D, Socio-anthropologue ; Mobile: 70 34 16 63 Email: rouambageorge@hotmail ; georgerouamba@gmail.com

Nom du Directeur de mémoire : Dr NASSA Sawadogo Michel; MD; MPH ; United Nations Population Fund ; Tel : +226.25 49 13 21 ; Mobile : +226 74321507 : nsawadogo@unfpa.org

3. Préambule

Nous sollicitons votre participation à cette recherche. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer le formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. (pour les enquêtés non scolarisé, nous avons lu intégralement le formulaire en le traduisant en mooré à son intention avant de recueillir son consentement verbal enregistré sous un témoignage) Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

4. But de l'étude

Le but de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la prévalence contraceptive à travers une implication constructive des hommes.

5. Objectifs de l'étude

L'objectif général est de comprendre les déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè. Les objectifs spécifiques sont : (i) de décrire les représentations des hommes sur la contraception moderne qui déterminent leur attitude face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè; (ii) d'apprécier les rapports du genre sur la contraception des femmes au sein du couple en milieu rural burkinabè; (iii) et d'appréhender les attentes et les besoins des hommes du milieu rural burkinabè en matière d'offre de service de contraception moderne qui déterminent leur attitude face à la pratique de la contraception moderne des femmes.

6. Modalité de participation

Nous sollicitons votre participation à notre recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à cette recherche et de signer ce formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui y sont contenus. Nous vous invitons à nous poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Votre participation à cette recherche consiste à m'accorder une entrevue d'environ 30 à 45 mn où vous pourrez discuter de votre expérience concernant l'utilisation de la contraception moderne des femmes. Je vous poserai certaines questions à propos de cette expérience 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. L'entrevue sera enregistrée sur support audio numérique pour nous aider dans notre travail de recherche.

7. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un code et seul le chercheur principal, c'est- à-dire moi-même, aura la liste des participants et des codes qui leur auront été attribués. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

8. Avantages

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur l'utilisation de la contraception dans votre contexte. 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. La participation à cette recherche ne donne pas droit à une compensation de quelque nature que ce soit.

9. Inconvénients associés au projet de recherche

Aucun inconvénient ou risque pour la santé des participants ou l'organisation que vous représentez ne peut être envisagé.

10. 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.

11. Financement du projet de recherche

L'étudiant responsable du projet n'a pas reçu de financement pour mener ce projet de recherche. Il est financé par son propre budget

Annexe 7 : Formulaires de consentement

Consentement verbal

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 retirez 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 Secrétariat général du Ministère de la santé en personne ou par téléphone au numéro suivant : 70 33 96 65. Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée au Secrétariat général du Ministère de la santé à l'adresse

suivante : 03 BP 7035 Ouagadougou 03 ; Standard : 50326188 ; Secrétariat particulier : (226) 50326340 ; Fax : (226) 50317024 ; Site Internet: www.sante.gov.bf

α	4		• 4
Conse	ntemei	nt ea	rıt

Moi, Mr....., reconnais avoir été informé de l'étude sur «les déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè : cas des hommes du village de Tanlarghin». Je reconnais que le chercheur **André KONDITAMDE** 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 partir ou de ne pas faire partir 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.

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'étudiant 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:	
Lieu et date :	

NB : Pour le consentement verbal, la note d'information suivie de la fiche de consentement sont lues et la réponse par oui ou non du répondant est enregistrée sous le témoignage du Guide

Annexe 8 : Formulaire de clause de confidentialité

Je soussigné,	
Nom	.Prénom(s)
M'engage à respecter la confidentialité	
Les choses que je pourrai entendre, appre	endre ou voir, surpris ou deviné des enquêtés et qui ne doivent pas être divulguées, dan
l'exercice de mon rôle de guide, je les tair	rai, estimant que ces choses ont droit au secret.
Nom du guide :	Signature:
Nom de l'étudiant chercheur	Signature:
Lieu et date :	

Annexe 9 : Grille de codification

Thème général1 : Attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes

Sous-thème: Attitudes d'approbation

Code associé:

✓ Accord pour que la femme adopte une méthode contraceptive

Code associé :

✓ Désaccord pour que la femme adopte une méthode contraceptive

Thème général2 : Déterminants de l'attitude d'approbation des hommes face à la PCM des femmes

Sous-thème : Connaissance des contraceptifs modernes et assentiment de la PCM des femmes par les hommes

Sous-thème: Appréciation du bien-fondé de la contraception moderne en rapport avec l'espacement idéal des naissances

Code associé:

- ✓ Contraception pour l'espacement des naissances pour la santé de l'enfant
- ✓ Contraception pour l'espacement des naissances pour la santé de la femme
- ✓ Perception du risque de mortalité et contraception : santé de la femme, santé de l'enfant, réduit la mortalité des mères, réduit la mortalité des enfants...
- ✓ Contraception pour l'espacement des naissances pour s'accommoder aux normes sociales

Sous-thème : Appréciation du bien-fondé de la contraception moderne en rapport avec la limitation des naissances

Code associé:

- ✓ Contraception utilisées pour mettre fin à la vie reproductive de la femme
- ✓ Contraception pour réduire la progéniture pour des raisons sociales

Thème général2: Attitudes de désapprobation

Sous-thème : Représentations des hommes sur la contraception moderne

Sous-thème : Vision sceptique des moyens contraceptifs modernes induite par les logiques sociales en matière à la procréation

Code associé

- Désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons familiales, inférant une désapprobation des contraceptifs moderne des femmes par les hommes
- ✓ Raisons spirituelles suscitant une attitude défavorable des hommes à l'utilisation de la contraception par leurs femmes
- ✓ Désir d'une progéniture nombreuse fondée sur des raisons économiques, inférant une désapprobation des contraceptifs moderne des femmes par les hommes
- ✓ Désir d'une progéniture nombreuse pour une assurance-vieillesse
- ✓ Désir d'enfants de sexe masculin qui est souvent source progéniture nombreuse Moyen de régulation des naissances
- ✓ Moyens de contraceptions modernes féminines : comprimés, injections, implants, le stérilet...
- 🗸 Avantages de la contraception moderne : santé de la femme, santé de l'enfant, épanouissement de la famille...

Sous-thèmes : Incertitude sur la survie des enfants dans un contexte mortalités infantiles élevées

Sous-thèmes : Préférence des méthodes naturelles de contraception amenant les hommes à avoir des attitudes défavorables à la contraception moderne

Sous-thèmes: Vision septique des moyens contraceptifs modernes induite par la fréquence de survenue des effets secondaires

Codes associés :

✓ Effets secondaires des contraceptifs modernes : arrêt des menstrues, saignement abondant, prise de poids, les comprimés font mal à l'estomac et donnent des maux de ventre.....

Sous-thèmes : Problématique de la prise en charge des effets secondaires amenant les hommes à être défavorables à l'usage de ces contraceptifs modernes par leurs femmes

Sous-thèmes: Vision sceptique des moyens contraceptifs modernes induite par le poids des rumeurs

Codes associés:

- ✓ Idées reçues et préconçues sur les conséquences néfastes des contraceptifs modernes sur la santé de la femme
- ✓ Confusion entre contraception moderne des femmes et infidélité ces dernières
- ✓ Confusion entre contraception moderne des femmes et stérilisation Effets secondaires des contraceptifs modernes : arrêt des menstrues, saignement abondant, prise de poids, les comprimés font mal à l'estomac et donnent des maux de ventre.....
- ✓ Préjugés, opinions, rumeurs sur les méthodes contraceptives : la contraception donne des cancers, la contraception est synonyme d'avortement, d'infanticide ; la contraception donne naissance à des enfants handicapés u à des enfants monstres, les contraceptifs entrainent un nombre limité de naissances à la femme, à au plus 3 enfants ; provoque des douleurs, des diarrhées chroniques ; les contraceptifs font très mal à l'homme pendant les rapports sexuels ; le stérilet peut se perdre dans le ventre de l'utilisatrice et asphyxier l'enfant pendant la grossesse ; la pose du stérilet fait aussi mal, et est considérée comme une opération également dangereuse pouvant entraîner la mort ; les injectable font qu'à la mort de la femme, elle grossit d'une manière démesurée et éclate comme un ballon gonflé à fond ; la contraception moderne est une injonction d'origine occidentale...

Sous-thèmes: Croyances locales sur la contraception amenant les hommes à avoir une attitude défavorable quant à l'usage de ces contraceptifs moderne par leurs femmes

Codes associés:

- ✓ Représentations du sang causé par les contraceptifs qui amènent les hommes à être défavorables pour leurs utilisations
- ✓ Représentations de l'aménorrhée qui amènent les hommes à être défavorables pour leurs utilisations
- ✓ Lien nocif supposé de la semence masculine sur le lait maternel amenant les hommes à se départir des contraceptifs et des rapports sexuels pendant l'allaitement
- Eléments de sémiologie populaire locale sur la contraception : naissances rapprochées sont une malédiction, enfants très rapprochés ne pas normaux,...
- ✓ Susceptibilité du post-partum et contraception : une femme ne peut tomber enceinte dans les 6 mois suivant son accouchement,...
- ✓ Relation entre désir d'enfants et contraception : l'enfant est un don de Dieu, l'enfant est une richesse,

Sous-thèmes: Subjectivités directes ou indirectes de certains personnels soignants entrainant une dépréciation des contraceptifs modernes

Thème général3 : Rapports de genre au sein du couple sur la pratique contraceptive des femmes

Sous-thème: Niveau de dialogue sur la contraception moderne dans les couples déficient

Code associés :

- ✓ Absence de prises les décisions consensuelle dans le couple pour la pratique contraceptive de la femme dans le couple
- ✓ La contraception est un sujet tabou pour les hommes;
- ✓ Processus de prise de décision sur la régulation des naissances/ négociations entre l'homme et la femme au sujet de la fécondité/transgression de l'autorité masculine

Sous-thème : Crainte de la transgression de l'autorité masculine par la femme

Code associés :

- ✓ Réprobation des conjoints de l'utilisation clandestine des contraceptifs par les femmes
- ✓ Exultation du devoir de soumission de la femme à son conjoint en adéquation avec la socialisation

Sous-thème : Relégation de la contraception féminine à la seule responsabilité de la femme

Code associés:

- ✓ La contraception est une affaire des femmes
- ✓ Répugnance de l'accompagnement des femmes au centre de santé pour la contraception.
- ✓ Allégation des contraintes de travail et de temps par les hommes j'ai préféré que ma femme choisisse l'injectable ; ma femme et moi avons préféré l'implant, pratique « clandestine » de la contraception par les femmes

Thème général4: Adéquation des besoins des hommes par rapport aux services de santé

Sous-thème : Féminisation des services et prestations de contraception moderne

Sous-thème: Environnement d'offre de services de prestations de contraception moderne jugé peu accueillant pour les hommes

Code associés :

- ✓ Faible qualité de l'accueil des hommes dans les services de prestation de contraception moderne
- ✓ Durée d'attente longue au niveau des services de prestation de contraception moderne
- ✓ Lieu et espace, adaptation des structures / Equipements en rapport avec l'implication des hommes : présence de prestataires de sexe masculins, absence de place pour les hommes, c'un lieu des femmes,
- ✓ Temps d'attente : les consultations dures, mettent du temps, les agents ne sont pas souvent disponibles,
- ✓ Horaires de la prestation des services de contraception

Sous-thème : Inadéquation de la rhétorique promotionnelle des agents de santé sur les contraceptifs

Code associés:

✓ Qualités des counselings sur les méthodes contraceptives ; les sensibilisations, les informations, prise en compte de l'homme pendant la consultation ;............

Sous-thème: Lacunes des approches de communication des agents sur la contraception moderne

Code associés

✓ Qualité des campagnes sensibilisation : l'approche de communication, modes de communication.........

Annexe 10 : Autorisation du comité d'étique

MINISTERE DE LA SANTE BURKINA FASO Unité - Progrès - Justice MINISTERE DE LA RECHERCHE

COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE

SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

DELIBERATION N° 2017-4-041

1. TITRE DE LA RECHERCHE

«Déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabé : cas des hommes du village de l'anlarghin»

2. REFERENCE DU PROTOCOLE

Version non précisée

3. DOCUMENTATION

Protocole de recherche Reçu de paiement

4. REFERENCE DU DEMANDEUR

Directeur : NASSA Sawadogo Michel Co-directeur : Dr ROUAMBA George Etudiant : KONDITAMDE André

5. SITE DE LA RECHERCHE

Burkina Faso

6. DATE DE LA DELIBERATION

3 Mai 2017

7. ELEMENTS EXAMINES

Conception scientifique et conduite de la recherche ; Soins et protection des participants à la recherche ;

Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;

Processus de consentement éclairé ; Budget de la recherche ;

CVs

8. OBSERVATIONS

- le consentement doit être écrit.
- prévoir un témoin dans le recueil du consentement des participants illettrés.

9. MEMBRES AYANT SIEGE

- Dr Séni KOUANDA
- Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE;
- Mr Mathias SAM ;
- Dr R. Frank Edgard Zongo;
 Dr. Maminata TRAORE;
- Dr Dieu-donné OUEDRAOGO ;
- Dr. W. Pierre YAMEOGO
 Dr Fla KOUETA
- Dr Clotaire NANGA

10. AVIS DU COMITE

Favorable

11. RESERVES

12. RECOMMANDATIONS

Ouagadougou, le 03 Mai 2017

Le Rapporteur

Edgard ZONGO

Servicio Anti a Directeur de recherche

Annexe 11 : Autorisation de la Direction régionale de la santé



Annexe 12 : Diffusion et utilisation des résultats de la recherche

Il n'aurait servi à rien de mettre tant de temps et d'énergie dans une recherche si la perspective de l'utilisation des résultats n'est pas envisagée. Pour cela, nous avons prévu organiser une réunion de restitution de l'étude avec le personnel du centre de santé de Tanlarghin en ce sens que les résultats seront d'abord utilisés par ceux-ci. De même, les résultats feront l'objet de présentations auprès des membres de l'équipe cadre du district sanitaire de Bogodogo et de celle de la DRS, qui ont relevé la faible implication des hommes à la contraception moderne comme une priorité à résoudre dans leur plan d'action. En plus, cette étude fera l'objet de rédaction d'un article scientifique dont le thème sera : "contraception moderne féminine : regard et implication des hommes" à l'intention de la communauté scientifique. Somme toute, nos résultats pourraient faire l'objet de présentations dans des congrès scientifiques.

Aussi nous profiterons des journées scientifiques organisées par les sociétés savantes pour présenter les résultats de nos travaux. Par ailleurs, nous nous engageons avec l'appui des responsables de la DRS, de vérifier que les résultats de notre étude ont été utilisés et ont par conséquent servi à améliorer la prévalence contraceptive dans le village de Tanlarghin.

Annexe 13 : Caractéristiques de l'échantillon (récapitulatif des profils individuels des hommes interrogés)

Enquêté	Code	Quartier	Date de l'entretien	Heure de début de l'entretien	Heure de fin de l'entretien	l'entretien	Statut matrimonial de l'enquêté	matrimonial	de	Age de l'enquêté		Occupation de l'enquêté	d'enfants de	de l'enquêté	d'instruction de la (des) femmes				Age(s) de la (des) a femmes de l'enquêté			êté	Statut contraceptif de la (des) femmes CI
													l'enquêté		1 ere	2 ^{eme}	3 ^{éme}	4 ^{eme}	1 ^{ére}	2 ^{éme}	3 ^{éme}	4 ^{éme}	1ère 2ème 3ème 4ème
Homme 1	H1	Kossoghin	05/05/17	7h20mn	8h04mn	44mn	Concubinage	Monogamie	01	30ans	Catholique	Cultivateur	03	0	0				24ans	3			Oui
Homme 2	H2	Naarotin	06/05/17	7h00mn	7h51mn	51mn	Concubinage	Polygamie	03	61ans	Musulman	Cultivateur	11	0	0	0	0		59ans	40ans	39ans		Non Non
Homme 3	Н3	Wassoudi	07/05/17	7h12mn	8h10mn	58mn	Concubinage	Monogamie	01	56ans	Protestant	Retraité	07	CM2	0				36ans	3			Oui
Homme 4	H4	Tanlarkougrin	08/05/17	8h02mn	8h57mn	55mn	Concubinage	Polygamie	02	50ans	Catholique	Eleveur	09	0	0	0			49ans	36ans			NonNon
Homme 5	Н5	Toessin	09/05/17	7h37mn	8h24mn	47mn	Concubinage	Monogamie	01	48ans	Catholique	Cultivateur	04	0	0				30ans	3			Non
Homme 6	Н6	Nakomgo	10/05/17	7h59mn	8h48mn	49mn	Marié	Monogamie	01	35ans	Catholique	Jardinier	02	6 ^{ième}	CM1				30ans	3			Oui
Homme 7	Н7	Wassoudi	11/05/17	8h01mn	8h57mn	56mn	Concubinage	Polygamie	02	30ans	Musulman	Commerçant	07	CM1	0	CE2	2		25ans	22ans			Non Non
Homme 8	Н8	Yagbgo	12/05/17	7h18mn	8h11mn	53mn	Concubinage	Polygamie	04	51ans	Musulman	Cultivateur	18	0	0	0	0	0	28ans	29ans	30ans	21ans	Non Non Non
Homme 9	Н9	Tanghin	13/05/17	7h12mn	8h11mn	59mn	Marié	Monogamie	01	38ans	Musulman	Cultivateur	04	0	0				23ans	3			Oui
Homme 10	H10	Tanlarkougrin	14/05/17	7h04mn	8h11mn	67mn	Concubinage	Polygamie	02	51ans	Catholique	Cultivateur	07	0	0	0			42ans	39ans			Oui Oui
Homme 11	H11	Kossoghin	15/05/17	7h34mn	8h29mn	55mn	Concubinage	Monogamie	01	47ans	Catholique	Cultivateur	07	0	0				40ans				Non
Homme 12	H12	Nakomgo	16/05/17	7h25mn	8h12mn	47mn	Concubinage	Polygamie	02	42ans	Musulman	Cultivateur	11	0	0	0			36ans	30ans			NonNon
Homme 13	H13	Yagbgo	17/05/17	7h52mn	8h49mn	57mn	Concubinage	Polygamie	02	75ans	Musulman	Cultivateur	14	0	0	0			60ans	36ans			NonNon
Homme 14	H14	Naarotin	18/05/17	6h57mn	7h48mn	51mn	Concubinage	Polygamie	02	70ans	Musulman	Cultivateur	13	0	0	0			66ans	40ans			NonNon
Homme 15	H15	Tanghin	19/05/17	7h35mn	8h20mn	45mn	Marié	Monogamie	01	26ans	Protestant	Cultivateur	01	6 ^{ième}	0				20ans	3			Oui
Homme 16	H16	Toessin	20/05/17	8h15mn	9h02mn	47mn	Concubinage	Polygamie	02	30ans	Catholique	Chauffeur	05	0	0	0			30ans	28ans			Oui Oui
Homme 17	H17	Naarotin	21/05/17	7h20mn	7h48mn	44mn	Marié	Monogamie	01	29ans	Musulman	Cultivateur	01	4 ^{ième}	CM2	2			25ans	3			Oui
Homme 18	H18	Wassoudi	22/05/17	7h18mn	7h58mn	40mn	Concubinage	Monogamie	01	25ans	Musulman	Cultivateur	01	0	0				22ans	3			Non
Homme 19	H19	Yagbgo	23/05/17	7h00mn	8h49mn	49mn	Concubinage	Polygamie	02	59ans	Musulman	Cultivateur	12	0	0	0			42ans	34ans			Oui Oui
Homme 20	H20	Tanlarkougrin	24/05/17	7h20mn	8h10mn	50mn	Marié	Monogamie	01	40ans	Catholique	Commerçant	05	0	0				35ans				Oui
Homme 21	H21	Toessin	25/05/17	7h20mn	8h04mn	58mn	Marié	Monogamie	01	42ans	Catholique	Menuisier	04	0	0				37ans				Non
Homme 22	H22	Nakomgo	26/05/17	7h10mn	7h56mn	46mn	Concubinage	Monogamie	01	36ans	Protestant	Cultivateur	04	0	0				30ans				Oui
Homme 23	H23	Kossoghin	27/05/17	7h08mn	9h05mn	57mn	Concubinage	_	02	41ans	Musulman	Cultivateur	08	0	CM2	2 0			36ans	22ans			NonNon
	H24	Tanghin	28/05/17	7h00mn	8h02mn		Marié	Monogamie	01	53ans		Cultivateur	06	CE2	0				40ans				Non

Le concubinage dont il est question ici se réfère à l'état d'un homme et d'une femme qui n'ont pas fait le mariage civil, légalement et qui vivent ensemble alors que dans la communauté de Tanlarghin, le statut matrimonial communément admis est le mariage traditionnel d'où d'ailleurs tous les enquêtés ont réalisé ce type de mariage.