

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES LETTRES, DES LANGUES
DES ARTS ET DES SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES
(F.L.A.S.H.S.)

DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE

INSTITUT FRANCAIS DE RECHERCHES
SCIENTIFIQUE POUR LE
DEVELOPPEMENT EN COOPERATION
(ORSTOM)

CENTRE DE OUAGADOUGOU

DEPARTEMENT SANTE



PLANIFICATION FAMILIALE EN MILIEU RURAL : EXEMPLE D'UN VILLAGE MOSSI (BURKINA FASO)

Mémoire de Maîtrise
Présenté et soutenu publiquement par :

YAMEOGO Salomon Justin

DIRECTEUR DE MEMOIRE :

Monsieur Guy NEUVY
Maître de Conférence à l'Université
de Ouagadougou

DIRECTEUR TECHNIQUE :

Monsieur Pierre DUBOZ
Démographe-chercheur à l'ORSTOM

Année : 1991-1992

SOMMAIRE

	Pages
Remerciements	4
Avertissement	6
* Glossaire	7
** Sigles	11
INTRODUCTION	13
CHAPITRE 1 Méthodologie	15
1 - Objectifs de l'étude	15
2 - Cadre de l'étude	15
3 - Recherche bibliographique	17
4 - Collecte des données sur le terrain	19
a - Effectifs d'enquête	19
b - Sondage	19
c - Conditions de réalisation	19
d - Technique d'enquête	22
e - Exploitation et analyse des données	23
CHAPITRE 2 Description de la zone d'étude	24
I - Situation générale	24
1 - Situation géo-économique	24
2 - Situation sanitaire	25
II - Caractéristiques de la population	28
1 - Répartition par sexe et par âge	28
2 - Spécificités culturelles	32
3 - Statut de la femme et de l'enfant	34

CHAPITRE 3 Fécondité des femmes	37
I - Fécondité totale	37
II - Fécondité actuelle	41
1 - Taux de natalité	41
2 - Taux de fécondité actuelle	42
3 - Taux de féminité et taux brut de reproduction	46
CHAPITRE 4 Politique et méthodes en matière de Planification	
Familiale	48
I - Historique de la planification familiale	48
1 - Origines et Evolution	48
2 - Politique de population au Burkina Faso	49
3 - Planification familiale au Burkina Faso	50
a - Politique de planification familiale	50
b - Etudes sur la planification familiale	52
II - Méthodes de planification familiale	54
A - Méthodes naturelles de contraception	54
B - Méthodes non naturelles de contraception	57
C - Méthodes de contraception utilisées au Burkina Faso	59
CHAPITRE 5 Connaissances, attitudes et pratiques en matière de	
Planification Familiale	62
I - Connaissance par la population	62
A - Connaissances générales	62
B - Sources d'informations	69
C - Connaissances spécifiques	74
1 - Méthodes contraceptives traditionnelles	74
2 - Méthodes contraceptives modernes	74
3 - Méthodes contraceptives empiriques	80
II - Attitudes de la population	82
A - Attitudes en fonction de l'âge et du sexe	82

1 - Attitudes en fonction de l'âge	82
2 - Attitudes en fonction du sexe	89
B - Attitudes en fonction du rang ou du nombre d'épouses	91
1 - Attitudes selon le rang d'épouse	91
2 - Attitudes selon le nombre d'épouses	93
C - Attitudes en fonction de la descendance	93
D - Arguments favorables et défavorables	101
1 - Arguments favorables	102
2 - Arguments défavorables	103
III - Pratiques de la contraception	111
1 - Pratiques traditionnelles	111
2 - Pratiques modernes	112
3 - Pratiques empiriques	114
CHAPITRE 6 Stratégie à mettre en oeuvre	115
I - Solutions globales de planification	115
1 - Information et éducation	115
2 - Personnel de sensibilisation	117
3 - Moyens matériels et financiers	119
II - Variables spécifiques	120
1 - Création d'une unité de diffusion	121
2 - Création d'un dispensaire	121
3 - Aménagements agro-pastoraux	122
4 - Construction d'une route	122
5 - Création d'un marché local	123
6 - Résolution du problème de scolarisation	123
7 - Du statut de la femme	124
CONCLUSION	125
Annexes	127
Bibliographie	133

REMERCIEMENTS

Il nous plaît de manifester toute notre gratitude et notre reconnaissance à Monsieur Guy NEUVY (notre Directeur de mémoire) et Monsieur Pierre DUBOZ (notre Directeur Technique de stage à l'ORSTOM). Sans la patience, la compréhension et la disponibilité dont ils ont fait preuve ce travail n'aurait probablement pas abouti.

Pour cela, pour la formation reçue et pour l'assistance technique et matérielle qu'ils nous ont accordé, nous leur disons merci du fond du coeur. Puissent-ils trouver en ce document la récompense des sacrifices qu'ils ont pour nous consentis.

Nos remerciements vont également à l'ORSTOM et en particulier : à ses directeurs successifs, Monsieur J.C. GAUTUN et Monsieur G. GRANDIN, qui nous ont accordé les soutiens logistiques et techniques nécessaires à la réalisation de notre étude. Nous remercions toute l'équipe du Département Santé, notamment Monsieur Jacques VAUGELADE et Madame Doris BONNET-MITELBERG pour leur collaboration. Notre reconnaissance va également à Monsieur Nicolas JULES, Ingénieur des Systèmes Informatiques, VSN à l'ORSTOM pour nous avoir prodigué une formation en traitement de texte, à Monsieur Dominique REMY et à Monsieur Serge VILLEMIN. Nous n'oublions pas Robert OUEDRAOGO, Madame OUBIAN et les enquêteurs Moussa et Ami.

Nous ne saurions oublier ce que nous devons également :

- à tout le personnel du CMH de Pissila ; au Docteur Christophe FRICX, volontaire SLCD, et à la sage-femme, Alizèta,
- à la famille BARGO Lazare qui nous a hébergé à Pissila,
- à la population de Doungou-Nabitenga pour sa collaboration,
- au chef du village de Touroum, pour son assistance sur le terrain,
- au personnel du CRPA, de la DPS et de la DRPC du Sanmatenga,

- au personnel du Département de Géographie, notamment Monsieur Frédéric PALE et Monsieur ZOUNGRANA, pour leurs conseils,
- à Monsieur Georges COMPAORE, Chef du Département de Géographie,
- à Monsieur Honoré P. SOME, Vice-doyen de la FLASHS,
- à Madame Marie-Michèle OUEDRAOGO, Directrice de l'UERD,
- à Monsieur Aguima GBANGOU de l'Unité de Population,
- à tout le personnel de la CPSF et au Docteur Inoussa KABORE,
- à tout le personnel de la DSF et à Madame Pascaline SEBGO,
- à Monsieur Youssouf OUEDRAOGO, Country Technical Adviser BF/Population Council, pour sa collaboration et son aide,
- à tout le personnel de l'ABBEF, à Monsieur Alfred YAMEOGO et à Monsieur Etienne ZOETYENDE,
- à Monsieur Doulaye KONATE et au Docteur Frank A. TANKOANO,
- aux Capitaines : Djibril BASSOLE, André R. KABORE, Seydou NIGNAN, Gilbert OUEDRAOGO, Sié E. TOUE et Mamadou TRAORE, et au Lieutenant Francis SOMDA, pour toute l'aide qu'ils nous ont apportée,
- à Monsieur Claude ACHKAR, Directeur Général de la SBTR, pour avoir totalement pris en charge l'impression et la reliure,
- à Monsieur Gabriel L. K. TOE, Architecte à l'AAED,
- à Mademoiselle Joséphine KAFANDO et à la famille KAFANDO pour leur soutien moral, affectif, et matériel,
- à mes parents : père, mère, frères et soeurs ; particulièrement, à mon aîné, Séraphin S. H., pour ses conseils et son exemple.

A tous, nous disons MERCI.

Ce document est aussi le votre.

AVERTISSEMENT

Cette étude est la première du genre réalisée par un étudiant du Département de Géographie. Elle aurait été très difficile à réaliser si nous n'avions bénéficié d'une formation complémentaire, en Démographie, par Monsieur Pierre DUBOZ.

L'insertion de la méthodologie vise à donner les grandes lignes de l'approche démographique et à montrer les conditions dans lesquelles notre étude s'est déroulée.

La conception des questionnaires s'est faite en fonction des résultats de la recherche bibliographique, des objectifs et du but de notre travail. Elle a tenu compte également du fait qu'il fallait avoir toutes les données nécessaires à l'analyse en une sortie de terrain : nous ne pouvions pas nous permettre d'effectuer plusieurs sorties, compte tenu du temps et des moyens que cela aurait nécessité. On comprendra donc que, dans l'analyse, certaines données de l'enquête aient simplement été évoquées, leurs influences sur les bases de l'étude nous étant parues négligeables.

Dans le souci de rendre les résultats de nos recherches compréhensibles du plus grand nombre d'étudiants, ou de travailleurs, de toute discipline, intéressés par les questions de populations nous avons volontairement simplifié les tableaux statistiques et choisi des types de représentations graphiques simples, aussi expressifs que possible. L'analyse a été faite dans le même esprit, sans pour autant enlever à ces résultats leur contenu technique (Démographique). Cela a été fait avec l'aval de Monsieur Pierre DUBOZ, Démographe-Chercheur au Département Santé de l'ORSTOM.

Le nombre important de concepts démographiques utilisés nous a amené à proposer leurs définitions avant le texte, de même que les sigles.

L'Auteur

* GLOSSAIRE

(d'après PRESSAT R., 1979)

Accouchement : Expulsion ou extraction de l'utérus d'un produit de conception présumé viable (différent de l'*avortement*, ou le produit est présumé non viable). L'issue de l'accouchement peut être une ou plusieurs naissances (accouchement multiple), qu'il s'agisse de mortinaissances ou de naissances vivantes.

Accroissement naturel : Variation de l'effectif d'une population, durant une période, résultant de la balance des naissances et des décès. Il tient, le plus souvent, à l'échelle des pays, la place essentielle dans l'accroissement de la population.

Age moyen à la maternité : Age moyen des mères lors des naissances vivantes selon une table de fécondité générale; c'est-à-dire en l'absence de la mortalité.

Age de procréation : Période de la vie où la femme est censée être apte à procréer, lorsqu'elle est hors "temps mort".

Cohorte : Ensemble de personnes ou de couples ayant vécu un même phénomène démographique durant une période donnée; généralement l'année civile.

Contraception : Pratique ayant pour but d'empêcher que les rapports sexuels aboutissent à une *conception* (Conception = fusion de l'ovule et du spermatozoïde pour donner un oeuf fécondé; toutefois, on ne fait parfois débiter la conception que lorsque l'oeuf fécondé est implanté dans l'utérus.).

Contraceptif : Produit permettant la pratique de la contraception (*Contracepteur* ou *contraceptrice* qualifie une personne ou un couple qui pratique la contraception.).

Contrôle des naissances : Traduction fautive de l'expression anglaise "*birth control*" dont le meilleur équivalent est "*prévention des naissances*".

Descendance atteinte : S'applique à un âge x de la femme ou à une durée x de mariage et représente le total des enfants nés vivants à cet âge ou à cette durée de mariage; ce total étant, dans le cas de mesures faites dans les générations ou des cohortes, celui obtenu à partir de la série des naissances dans les tables de fécondité correspondantes.

Descendance finale brute : Descendance atteinte par une femme ou un mariage, une génération féminine ou une cohorte de mariages, à l'issue de la période de procréation de la

femme (ne tient pas compte de la mortalité). Elle mesure l'intensité de la fécondité dans les cohortes où elle est calculée; c'est l'indice employé pour résumer le niveau de fécondité des cohortes.

Fécondité : Phénomène en rapport avec les naissances vivantes considérées du point de vue de la femme, du couple ou, très exceptionnellement, de l'homme. Toutefois, la fécondité masculine étant très rarement étudiée, on emploie le seul mot fécondité pour désigner la fécondité féminine.

Fécondité générale : Fécondité des femmes sans distinction d'état matrimonial. (Le qualificatif "générale" ne fait pas référence à l'ensemble des femmes en âges de procréer comme certaines appellations fautive le laissent supposer.).

Fécondité naturelle : Manifestation de la fécondité dans le mariage en l'absence de la contraception et d'avortement provoqué. Elle n'exclut pas pour autant des situations où des comportements existent, qui ont pour résultats de limiter le pouvoir de procréation, tels que la pratique de l'allaitement au sein et le respect de coutumes et interdits sexuels divers.

Fertilité : Aptitude à procréer.

Génération : Cohorte particulière constituée par l'ensemble des personnes nées durant une période donnée, généralement l'année civile. Le mot retrouve sensiblement le sens qu'il a dans le langage ordinaire dans l'expression "intervalle entre générations successives".

Intervalle intergénérisique : Intervalle entre deux naissances successives.

Intervalle protogénérisique : Intervalle entre le mariage et la première naissance.

Méthode contraceptive : Technique permettant la pratique de la contraception.

Mortalité : Phénomène en rapport avec les décès. Le mot fait souvent référence implicite à la fréquence des décès dans une population, c'est-à-dire au "taux brut de mortalité".

Natalité : Phénomène en rapport avec les naissances. On ne retient que les naissances vivantes et le mot "natalité" fait généralement référence implicite à la fréquence des naissances vivantes dans une population, c'est-à-dire au "taux brut de natalité".

Planification de la famille : Synonyme de "*planification des naissances*"; c'est la constitution de la descendance selon certaines normes d'espacement et de dimension finale. Ce n'est

qu'avec les méthodes de contraception que la planification des naissances peut être pleinement réalisée par les couples sans recourir à l'avortement provoqué.

Table brute de fécondité générale : Table décrivant, selon une échelle d'âges, la survenance des naissances vivantes dans une génération féminine.

Table de fécondité : Table décrivant la survenance des naissances vivantes dans une cohorte selon l'ancienneté de la cohorte.

Taux brut de reproduction : Descendance finale, réduite aux filles, dans une génération féminine notée R. Cet indice est le rapport à la naissance des filles issues d'une même génération féminine (non soumise à la mortalité) à l'effectif à la naissance de cette génération. Il est relié à la descendance finale D_w de la génération considérée par la formule $R = t_f \times D_w$, t_f étant le taux de féminité des naissances. On trouve couramment dans la littérature des "*taux bruts de reproduction du moment*" dont l'interprétation demande des précautions particulières. Le "taux brut de reproduction" est un indice de pure fécondité.

Taux de fécondité : Rapport des naissances vivantes durant une période, généralement l'année civile, à un effectif convenable de femmes ou de mariages. L'expression "taux de fécondité" intervient toujours en conjonction avec d'autres termes pour désigner des indices spécifiques comme "*taux global de fécondité*", "*taux de fécondité générale par âges*", "*taux de fécondité par durée de mariage*"...

Taux de fécondité générale par âges : Rapport des naissances vivantes survenues chez les femmes d'un certain âge durant une année à l'effectif moyen de la population féminine ayant cet âge (peut donc se calculer par tranches d'âges).

Taux de féminité des naissances : Rapport des naissances vivantes féminines à l'ensemble des naissances vivantes survenues durant une période. Ce taux t_f , voisin de 0,488 (si l'on admet qu'il y a 105 naissances vivantes masculines pour 100 naissances vivantes féminines) intervient dans les calculs du "taux brut de reproduction" et du "taux net de reproduction".

Taux de natalité : Synonyme de "*taux brut de natalité*" En raison de l'existence du mot fécondité, et à la différence de ce que l'on fait par exemple avec le mot mortalité, on ne doit jamais employer l'expression "taux de natalité par âges".

Taux de polygamie masculine : Dans une population, nombre moyen d'épouses par homme marié. Dans tous les cas, l'étude de la polygamie gagne à recourir à des taux calculés selon l'âge du polygame.

**** SIGLES**

ABBEF : Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial.

ABSF : Association Burkinabè des Sage-Femmes.

ADRK : Association pour le Développement de la Région de Kaya.

AAED : Agence d'Architecture, d'Etudes et de Design.

APAF : Association Pour l'Action Familiale.

BIC : Bulletin d'Information et de Communication.

BIT : Bureau International du Travail.

CERPOD : Centre d'Etudes sur la Population pour le Développement.

CMH : Centre Médical Hospitalier.

CONAPO : Conseil National de la Population.

CPSF : Clinique Pour la Santé Familiale.

CR : Comité Révolutionnaire.

CRESAR : Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction,

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale.

DPS : Direction Provinciale de la Santé.

DRPC : Direction Régionale du Plan et de la Coopération.

DSF : Direction de la Santé de la Famille.

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour l'Assistance en matière de Population.

GDA : Groupe de Démographie Africaine.

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie.

IPPF : International Planned Parenthood Federation.

JHU/PCS : The Johns Hopkins University/Population Communication Services.

MDSDF : Ministère du Développement Social, Direction de la Famille et des Droits de la Femme (SENEGAL).

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (BURKINA).

NU/CEA : Nations Unies / Commission Economique pour l'Afrique.

NU/DAESI : Nations Unies/Département des Affaires Economiques et Sociales Internationales.

OIT : Organisation International du Travail.

ORSTOM : Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération.

PIPF : Perspectives Internationales sur le Plannig Familial.

PPIK : Plan de Parrainage International pour la région de Kaya.

PUF : Presses Universitaires de France.

SBTR : Société Burkinabè des Transports Routiers.

SLCD : Service de la Coopération Danoise.

UEPA : Union pour l'Etude de la Population Africaine.

UERD : Unité d'Etudes et de Recherches Démographiques.

USAID : United States Agency for International Development.

VSN : Volontaire du Service National français.

INTRODUCTION

Les pays du Tiers-Monde connaissent, pour la plupart, une natalité "galopante" et un recul relatif de la mortalité. A cela, il faut ajouter une croissance économique très lente, lorsqu'elle n'est pas simplement nulle ou négative.

Cette situation engendre, comme on le constate, une rapide augmentation des effectifs de population, un épuisement des ressources naturelles, une dégradation de l'environnement et suscite la montée de contestations sociales - facteurs premiers des instabilités politiques (Population Crisis Committee, 1989). En effet, la pression démographique aggrave les problèmes de l'alimentation, de l'inadéquation et de l'insuffisance - voire même l'inexistence - des équipements socio-éducatifs et sanitaires de ces pays et justifie le plus souvent les bouleversements politiques qui en résultent.

La prise de conscience, au niveau international, s'est accompagnée de mesures et de programmes visant le contrôle de l'accroissement démographique.

Sur le continent africain, les pays procèdent à la collecte de données leur permettant de <<..mieux comprendre l'étroite relation entre population et développement >>, (UEPA, sans date, -Rapport du colloque). Les recommandations sur la population, faites par les différentes conférences africaines et mondiales, font de plus en plus l'objet d'attention de la part des dirigeants de ces pays.

La mise en place de programmes de planification familiale, l'adoption ou l'élaboration de politiques en matière de population témoignent de cette attention grandissante.

Au Burkina Faso, la planification familiale, quoique existante depuis plus d'une dizaine d'années, n'a pas encore réussi à s'investir favorablement dans le milieu rural et reste même encore peu suivie dans les grandes villes (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) où elle s'est le plus développée : une étude sur 19 provinces, réalisée par la Direction de la Santé de la Famille en 1989, donne un taux de prévalence contraceptive de 6,6% . Cette situation, qui

s'explique par les nombreuses difficultés qu'ont connues les agents de planification dans leur tâche, est en voie d'amélioration grâce à l'adoption d'une politique nationale de population.

L'application de cette politique de population, qui inclue la planification familiale, nécessite la connaissance des spécificités de chaque groupe cible.

Dans notre étude qui concerne le cas d'un village mossi, nous nous sommes attelé à mesurer la fécondité des femmes, à dénombrer et à analyser leur descendance. Nous avons procédé ensuite à une évaluation de leurs connaissances en matière de planification familiale et à un recensement de leurs attitudes et de leurs pratiques. Enfin, une esquisse de programme pour la planification familiale dans ce village a été réalisée.

METHODOLOGIE

1 - OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette étude se propose :

- de mesurer la fécondité des femmes, ainsi que leur descendance.;
- d'évaluer les connaissances, de la population rurale étudiée, en matière de Planification familiale ;
- de chercher à savoir si ces populations pratiquent des méthodes qui leur permettent de contrôler leurs naissances (pratiques traditionnelles, pratique modernes et pratiques empiriques) ;
- d'étudier les attitudes favorables ou non à la planification familiale ;
- enfin, s'appuyant sur toutes ces analyses, de proposer une stratégie d'intervention pour la planification dans ce village.

2 - CADRE DE L'ETUDE

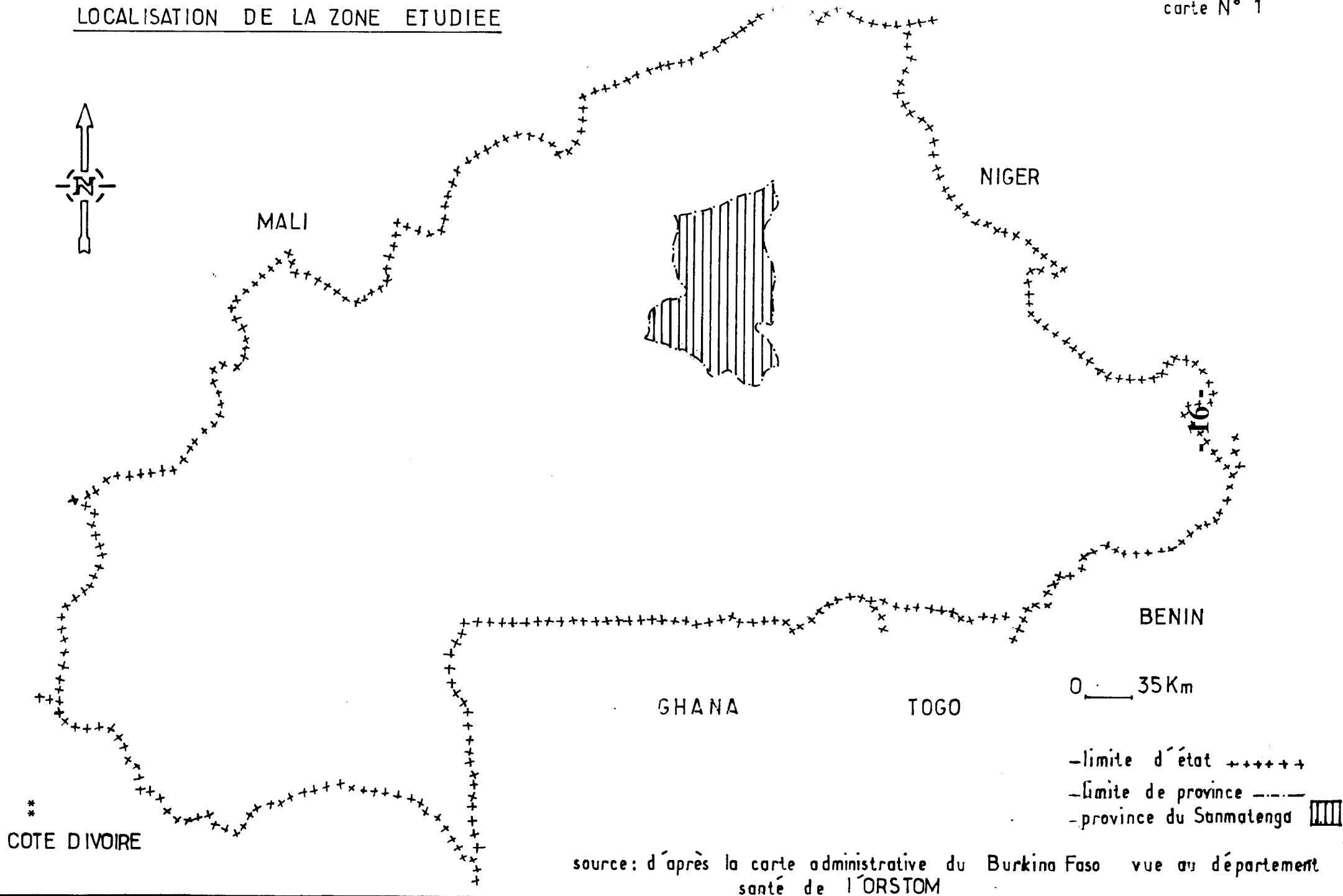
Le domaine de notre étude est le village de Doungou-Nabitenga, dans le département de Pissila - province du Sanmatenga (carte n°1) - dont la population est de 1855 habitants en 1990.

Le village se compose de 106 concessions familiales (Août 1990) regroupées dans 6 quartiers :

- Doulougtoïga qui est le plus grand par sa superficie. Ce quartier regroupe la moitié des concessions familiales.

LOCALISATION DE LA ZONE ETUDIEE

carte N° 1



source: d'après la carte administrative du Burkina Faso vue au département santé de l'ORSTOM

- Doungou, deuxième par sa superficie et regroupant environ le tiers des concessions familiales.

- le reste du terroir, environ le tiers de la superficie et moins de 20 % des concessions familiales, se répartit plus ou moins équitablement entre les quartiers Bissighin, Signonghin, Baba et Nabitenga. Signalons que le chef du village constitue, avec la famille royale, les seuls habitants du quartier Nabitenga.

Les concessions, au niveau de chaque quartier, sont dispersées et séparées entre elles par les champs de cases. Il est rare de voir une concession à côté d'une autre ; les distances d'une concession à l'autre sont variables mais peuvent aller de 150 à 400m.

Chaque concession regroupe en général un chef de concession et ses épouses, ses enfants et leurs femmes s'ils sont mariés, ses petits enfants. Rarement, on rencontre des personnes en dehors du lignage direct du chef de concession (telles que les cousins, les neveux,...).

Les habitants d'une même concession constituent une même Famille. Plus celle-ci compte de membre et plus elle a du prestige dans ce milieu.

La superficie du village est d'environ 20 km² (5 km x 4 km), ce qui donne une densité de 93 habitants/km².

3 - RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Un intérêt particulier a été accordé aux ouvrages traitant spécifiquement de la démographie, de la planification familiale et des problèmes de santé. Toutefois, une attention a également été accordée à des ouvrages généraux.

Sur le terrain, elle s'est poursuivie avec la consultation des rapports des services de la Direction Provinciale de la Santé (DPS) et du Centre Médical Hospitalier (CMH) de Pissila.

Tableau 1 : Effectifs théoriques d'enquête par classes d'âges.

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et +	Total
Hommes	30	30	30	10	100
Femmes	30	30	30	10	100
Total	60	60	60	20	200

Tableau 2 : Effectifs enquêtés par classes d'âges.

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45 ans et +	Total
Hommes	7	29	39	19	94
Femmes	27	30	28	8	93
Total	34	59	67	27	187

4 - COLLECTE DES DONNEES SUR LE TERRAIN.

a - Effectifs d'enquête

L'enquête sur le terrain prévoyait un effectif global de 200 personnes des deux sexes : 100 hommes et 100 femmes. Ces effectifs théoriques correspondent à 23,5% de la population en âge de procréer (cf CHAPITRE 2, II-1).

Compte tenu du déroulement des opérations (cf CHAPITRE 1, 4-c) 94 hommes et 93 femmes ont été enquêtés soit un total de 187 personnes correspondant à 22 % de la population en âge de procréer. Les effectifs enquêtés sont consignés dans le tableau n°2.

Toutes les personnes enquêtées proviennent d'un sondage.

b - Sondage

Les personnes à enquêter ont été choisies au hasard parmi les fiches individuelles du village disponibles à l'ORSTOM (Département Santé). Deux personnes étaient retenues, au hasard, par concession : un homme et une femme. C'est avec la liste de ces personnes préalablement retenues que nous avons mené l'enquête. Nous savions donc exactement qui et qui nous devions voir dans chaque concession.

Le taux du sondage par rapport à la population totale est de 10,8% .

c - Conditions de réalisation

L'enquête sur le terrain a duré 54 jours, du 28 février au 24 avril 1990. Sa réalisation a été facilitée par la disponibilité de fiches individuelles des résidents du village. L'assistance matérielle et technique des cadres et agents de l'Unité de Recherche "Population et Santé" de l'ORSTOM a été très importante dans notre enquête.

Toutefois, la réalisation de cette enquête s'est heurtée à des difficultés diverses :

- **Socio-culturelles** : le statut de la femme dans cette société ne permet pas à celle-ci de s'exprimer librement. Certains hommes refusent que leur femme soit enquêtée en leur absence. D'autres estiment que leurs femmes ne sont pas assez "mures", responsables, pour répondre à des questions sur ce sujet. << Votre conversation est très intéressante. Mais je vais vous demander d'aller chercher des femmes dans d'autres concessions pour remplacer celles de chez moi. Elles ne sont pas bien "mures" pour ça >> nous a dit le chef du village à la fin de notre entretien avec lui. Il en a été de même chez d'autres hommes du village. En présence du mari, la femme prend soin de chercher son accord à toutes les réponses qu'elle fournit. Quant aux cas de refus, nous nous abstenions d'insister.

D'autres hommes ont refusé plus subtilement que leur femme soit enquêtée. << Revenez plus tard. Celle que vous cherchez n'est pas là >>. Quand nous revenons, nous remarquons qu'ils ont pris soin eux-mêmes de ne pas être là. Nous nous entendons dire alors, par un homme de la concession, que le mari a interdit de parler à sa femme.

Si de tels problèmes se sont surtout manifestés dans les cas où la femme est jeune, il faut dire que les mêmes constats ont été fait dans des cas de femmes âgées.

- **Psychologiques** : nous avons parfois rencontré des réticences dues à la croyance populaire selon laquelle << les hommes du Pouvoir envoient des gens pour flatter les paysans afin qu'ils ne fassent plus d'enfants ; ce qui leur permettra de faire disparaître les populations de la brousse qu'ils considèrent trop pauvres et trop sales >>. Cette croyance daterait de l'introduction de la planification familiale à Pissila (Avril 1988). Cette croyance a eu des conséquences que nous décrivons au CHAPITRE 5, II-D-2.

Existent aussi les croyances selon lesquelles la femme qui, volontairement, arrête ses naissances s'expose à de très graves maladies. << Les enfants sont dans son ventre et attendent de sortir. Les empêcher de naître c'est comme tuer des personnes. Dieu punit les coupables >> nous dit un vieux.

Enfin certaines femmes hésitent à se confier à un homme ; elles n'en ont pas l'habitude, surtout sur ce sujet. << Qui est cet homme ? D'où vient-il ? Que veut-il ? Ne va-t-il pas raconter ensuite tout ce qu'on lui dit aux hommes du village ? ... >> autant de questions qui traduisent l'inquiétude des femmes et qui nous parvenaient parfois par des

bouches audacieuses. Les enquêteurs Moussa et Ami (qui sont connus des populations depuis quelques années du fait des passages réguliers qu'ils y font pour l'ORSTOM) ont dû faire une campagne pour sensibiliser ces femmes inquiètes. Malgré tout, certaines femmes ont refusé de répondre à des questions qu'elles jugeaient indiscrètes. Il eut été souhaitable que leur interrogation se fasse par une femme.

Nous avons également noté que les personnes de moins de 40 ans avaient du mal à s'exprimer quand un vieux assistait au débat. Hommes ou femmes, elles cherchaient alors à se conformer à la volonté de ces personnes âgées, généralement le chef de concession. Cette gêne était encore amplifiée lorsque des vieux imposaient leur présence au débat... Quelques fois, certains ont refusé la conversation puis nous ont rattrapé plus loin, dans le village, pour nous demander de les interroger. <<Si je dis ce que les vieux ne veulent pas, ils vont me faire des histoires...Ils diront que je ne les respecte pas>> justifient-ils.

- **Economiques** : les marchés des villages voisins ont lieu tous les 3 jours. La population, les jeunes en général et les hommes surtout, y vont pour effectuer des achats ou vendre des céréales ou du petit bétail. Dans l'ensemble, ces achats et ces commerces sont très modestes. Cependant, la fièvre des jours de marché (en cette saison sèche) est telle qu'elle occasionne de nombreuses absences du village. Nous avons eu, dans bien des cas, à repasser plus de deux fois pour rencontrer la personne retenue par le sondage. Il nous est même arrivé de rencontrer et d'interroger certaines de ces personnes à Pissila, à la faveur des jours de marché. Nous avons dû procéder aussi à certains entretiens de nuit - jusqu'à 19heures30 - à la lueur de lampes à pétrole (cela à partir du moment où nous étions plus familiarisé avec la piste). Sans cela, les effectifs interrogés auraient probablement été inférieurs à ceux atteints. Peut-être que cette engouement pour les jours de marché a aussi une raison autre que celles évoquées par nous...n'ayant pas étudié le phénomène, nous ne saurons l'affirmer.

Tous ces facteurs ont contribué à ralentir notre investigation et à limiter les effectifs enquêtés. Ils ont, par ailleurs, contribué à introduire des erreurs dans les données

recueillies ; ces erreurs probables ne peuvent cependant atteindre une proportion pouvant remettre en cause la valeur de cette étude.

d - Technique d'enquête.

La *Population de Référence* est celle constituée par les hommes et les femmes mariés au moins une fois. Ils peuvent donc être divorcés ou veufs au moment de l'enquête.

Les naissances, les avortements, les décès mais aussi les mariages et les grossesses constituent les *événements de référence* de l'enquête. Ils ont été enregistrés pendant l'enquête.

La technique sur le terrain a consisté en un entretien avec chaque personne enquêtée. Nous prenions soin de mettre l'intéressée en confiance avant de commencer à aborder les questions relatives à l'espacement ou à la limitation des naissances, ou encore aux contraceptifs. Plus nous sentions des réticences et plus nous allongions l'entretien, essayant toujours de gagner davantage la confiance de notre interlocuteur. Certains jours nous enquêtions 6 personnes alors que d'autres jours nous ne faisons que 3 interviews (de 07 heures 30 le matin à 16 h le soir).

Autant que possible, l'entretien se faisait séparément : avec l'homme puis avec la femme, ou inversement.

Compte tenu des objectifs fixés, nous avons élaboré deux questionnaires indépendants. Le premier s'adressait à la fois aux hommes et aux femmes, le second uniquement aux femmes.

Ces deux questionnaires ont été testés dans le village de Vipalogo, département de Komki-Ipala - province du Bazèga ; c'est un village mossi situé à une cinquantaine de kilomètres au Sud-Ouest de Ouagadougou. Cette enquête préliminaire s'est déroulée en une journée (de 07 h 30 à 18 heures) sur un effectif de 8 personnes (5 hommes et 3 femmes) prises au hasard.

Ce test nous a permis d'améliorer la formulation des questions à la réceptivité des populations rurales mossi.

e - Exploitation et analyse des données

Un dépouillement manuel a été réalisé par nous à partir des fiches d'enquêtes, remplies sur le terrain.

Les résultats sont présentés dans une série de tableaux que nous avons analysés, à l'aide de représentations graphiques.

Nous avons enfin procédé au traitement du texte avec le logiciel *SPRINT*.

DESCRIPTION DE LA ZONE D'ETUDE

I - SITUATION GENERALE

1 - Situation géo-économique

La carte n°1 situe notre zone d'étude.

Cette partie du Burkina Faso appartient à la zone de climat Nord-soudanien, qui comprend la plus grande partie du territoire (entre 11°30' et 14° de latitude Nord ; ASECNA, 1966 - page 13).

Cette zone enregistre des moyennes de précipitations annuelles comprises entre 650 et 1000mm (minima et maxima ; GUINKO S., 1984 - page 32). On compte environ 4 mois de pluies dans cette zone, contre 5 à 5 mois et 1/2 dans le climat Sud-soudanien : elles commencent, généralement, entre le 25 Mai et le 10 juin, puis s'achèvent au mois de Septembre, entre le 15 et le 25. La pluviométrie a une tendance générale déficitaire depuis 1969 (GROUZIS M. & C^{ie}, page 4). Même si les deux dernières saisons de pluies laissent percevoir une certaine reprise, il est encore prématuré de l'affirmer : les analyses devant porter sur les moyennes de pluviosité de 30 ans environ (GUINKO S., page 32).

Les pluies sont irrégulières dans le temps et dans l'espace. Le nombre moyen de jours de pluies observé annuellement est compris entre 50 et 60 (BENOIT M., 1977 pages 12 à 14). Cette irrégularité pluviométrique influence négativement l'économie villageoise.

L'économie villageoise est basée sur l'agriculture et le petit élevage. La culture des céréales est prédominante et celle des légumes accessoire. Le petit élevage (volaille et petits ruminants) est pratiqué par toutes les familles mais celui du gros bétail demeure encore très limité : il concerne surtout les boeufs utilisés pour la culture et les ânes. La

pratique de l'élevage demeure toujours liée à celle de l'agriculture. Elle complète cette dernière. Les exploitations sont familiales et les gérants sont les chefs de concession ; presque chaque concession dispose d'au moins un âne pour le transport de ses produits.

Il faut souligner que nos recherches auprès du Centre Régional de Promotion Agro-Pastorale (CRPA) à Kaya ne nous a pas permis d'obtenir de statistiques sur les productions : aucune donnée sur le village n'est disponible !

Il n'y a pas de marché dans le village. Tous les besoins, autres que celui des productions locales, ne peuvent être satisfaits que sur les marchés voisins : Tibtenga, Wapassy, Moorédaaga, Pissila.

Il n'y a pas d'école dans le village : les rares enfants du village qui sont scolarisés fréquentent celle du village de Touroum à environ 6km. Ils parcourent à pieds une distance moyenne de 12km (aller-retour) pour suivre leurs cours ; en général, ils ne rentrent pas chez eux à midi. La cantine scolaire, fournie par le CATHWEL, assure leur repas de midi (lorsqu'il n'y a pas de rupture de vivres).

Il n'y a, dans le village, ni église, ni mosquée, ni temple religieux. Seuls des autels de sacrifices se dressent un peu partout, devant les entrées des concessions (presque chaque concession en a).

2 - Situation sanitaire

Le village dispose d'un Poste de Santé Primaire (PSP) fonctionnel. Plus exactement deux agents, une accoucheuse villageoise et un agent de santé, choisis par les villageois et formés par le Plan de Parrainage International pour la région de Kaya (PPIK) depuis 1982. Ils bénéficient quelquefois des recyclages sommaires au CMH de Pissila. Le bâtiment où ils exerçaient, construit par les paysans avec l'aide du PPIK, a été dévasté par un orage lors de la saison des pluies 1989 et n'avait pas encore été réparé. Des médicaments, surtout des comprimés, sont généralement disponibles chez les agents de santé du village.

Toutefois, les ruptures de stock et la formation sommaire de ces agents ne permettent pas de pouvoir dispenser des soins de qualité à la population. Cette dernière est cependant fière de la prestation de ses agents de santé.

Les interventions des agents de santé du village se limitent aux cas bénins de paludisme, de diarrhées et d'"accouchements normaux" (eutociés).

Il n'existe pas de tradipraticien dans le village ; beaucoup connaissent des remèdes plus ou moins efficaces contre certaines maladies. On peut noter une sorte de spécialisation en la matière : un habitant possède un remède contre l'Ictère ou "Jaunisse", un autre en a contre les morsures de serpents, un autre encore en a contre la toux...Tous se complètent. Ce qui leur permet de pouvoir compenser les déficiences des soins modernes dans le village et d'éviter les coûts, jugés élevés, de traitements modernes.

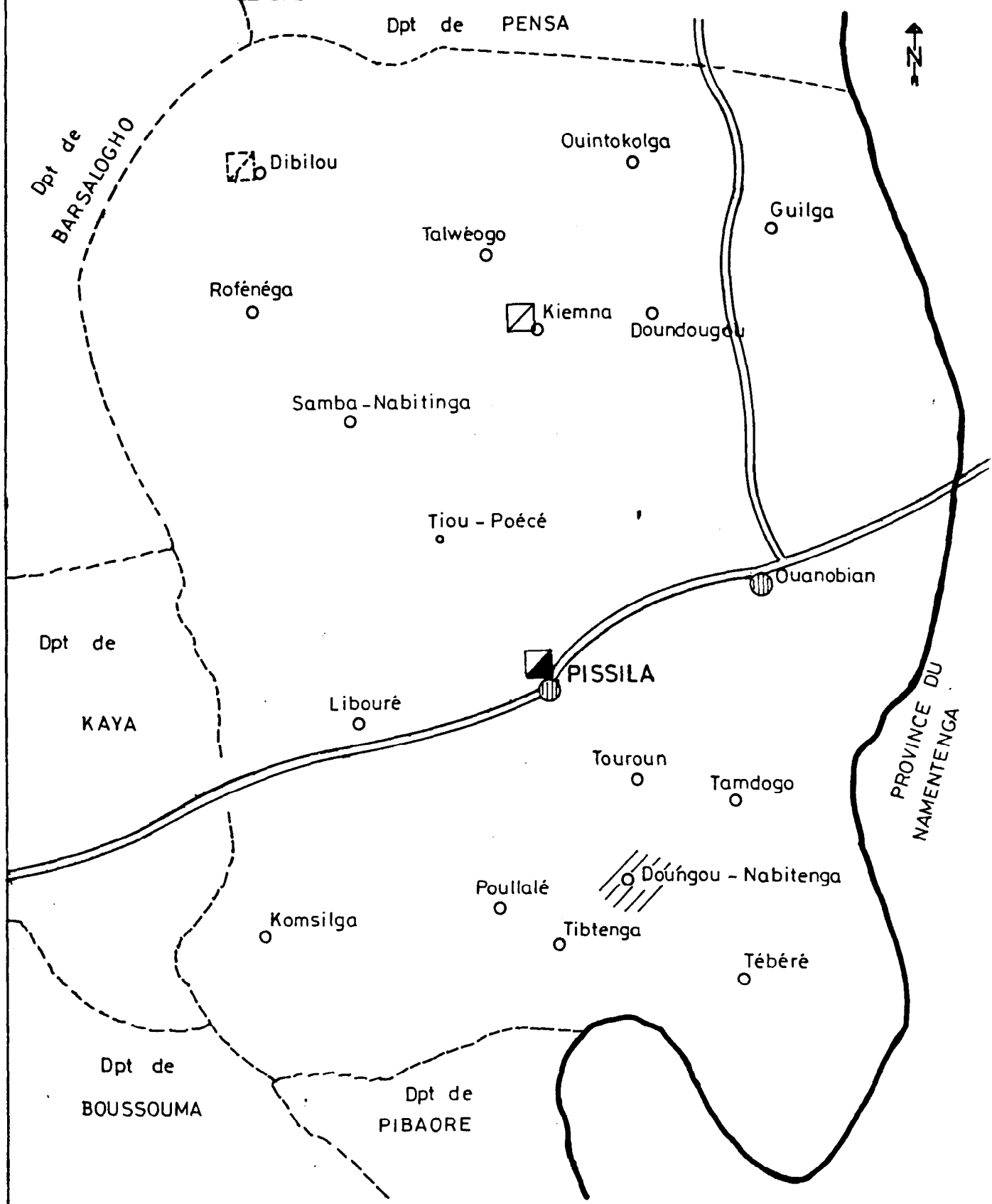
< < Nous n'allons pas à Pissila. Sauf quand nous ne pouvons plus rien ici. Là-bas ils disent toujours d'acheter des médicaments. > >, nous dit une personne (parlant de sa famille) à laquelle nous demandions pourquoi elle dit ne pas se soigner à Pissila. D'autres réponses évoquent les mêmes raisons : < < A Pissila, il faut toujours de l'argent. Nous, nous n'en avons pas. Mais ici, nous avons des racines que nous prenons dans la brousse. Et puis notre agent de santé est moins cher. > >, nous explique une autre personne.

En cas de gravité, les patients sont obligés de se rendre à Pissila. Les évacuations du village se font en charrettes tractées par des ânes lorsque les malades ne peuvent pas se tenir derrière une bicyclette (les motocyclettes y sont très rares).

Le Centre Médical de Pissila est, en effet, le plus proche (cf carte n°2) et le mieux équipé. C'est un Centre Médical Hospitalier (CMH) construit et équipé avec l'aide de la coopération danoise. Il se compose d'un dispensaire (doté de 12 lits d'hospitalisation dont 4 réservés aux malades contagieux) et d'une maternité (dotée de 10 lits d'hospitalisation).

Ce CMH bénéficie de la présence, dans la ville de Pissila, de deux pharmacies : une catholique et une privée.

SITUATION GEO-SANITAIRE



- Limite provinciale - - - Limite départementale
- ▨ Village étudié ≡ Route automobilisable
- ▧ Centre Médical Hospitalier fonctionnel
- ▤ Centre de Santé et de Promotion Social fonctionnel
- ▣ " " " " en projet

source : Carte sanitaire de la province (DRPDP-Kaya-1/8/1987), repris par nous.

Un médecin généraliste (volontaire danois) et des agents de l'Etat burkinabè (un infirmier d'Etat, une sage-femme, et une matrone) y assurent les prestations. Ils sont aidés par une fille de salle et un *technicien de surface* (ou *manoeuvre*) affectés par l'Etat.

Un agent départemental assure le rôle de chauffeur, mais le centre ne dispose pas d'une ambulance bien que couvrant les 49 villages du département. Même des habitants de certains villages voisins, n'appartenant pas au département, viennent se soigner à Pissila!

Le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de Kiemna l'assiste dans sa tâche, mais son personnel très limité (une matrone, seule) ne lui permet pas de jouer un rôle bien important.

31 PSP, animés par des agents de santé villageois (ASV), contribuent à l'effort de couverture sanitaire du département de Pissila. Cette contribution des ASV est très appréciée par le personnel du CMH de Pissila.

Compte tenu du nombre sans cesse croissant des consultants et des problèmes de santé observés, une révision de la couverture sanitaire (quantitative et qualitative) de ce village et plus globalement, de celui du département nous semble être une URGENCE.

II - CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

1 - Structure par âge et par sexe

En 1990, la population dénombrée par les enquêteurs ORSTOM s'élevait à 1855, dont 1030 femmes et 825 hommes (voir tableau 3).

Le tableau n°3 donne également le rapport de masculinité dans la population (hommes pour 100 femmes). Ce rapport permet d'apprécier les différences d'effectifs suivant le sexe, par classe d'âge.

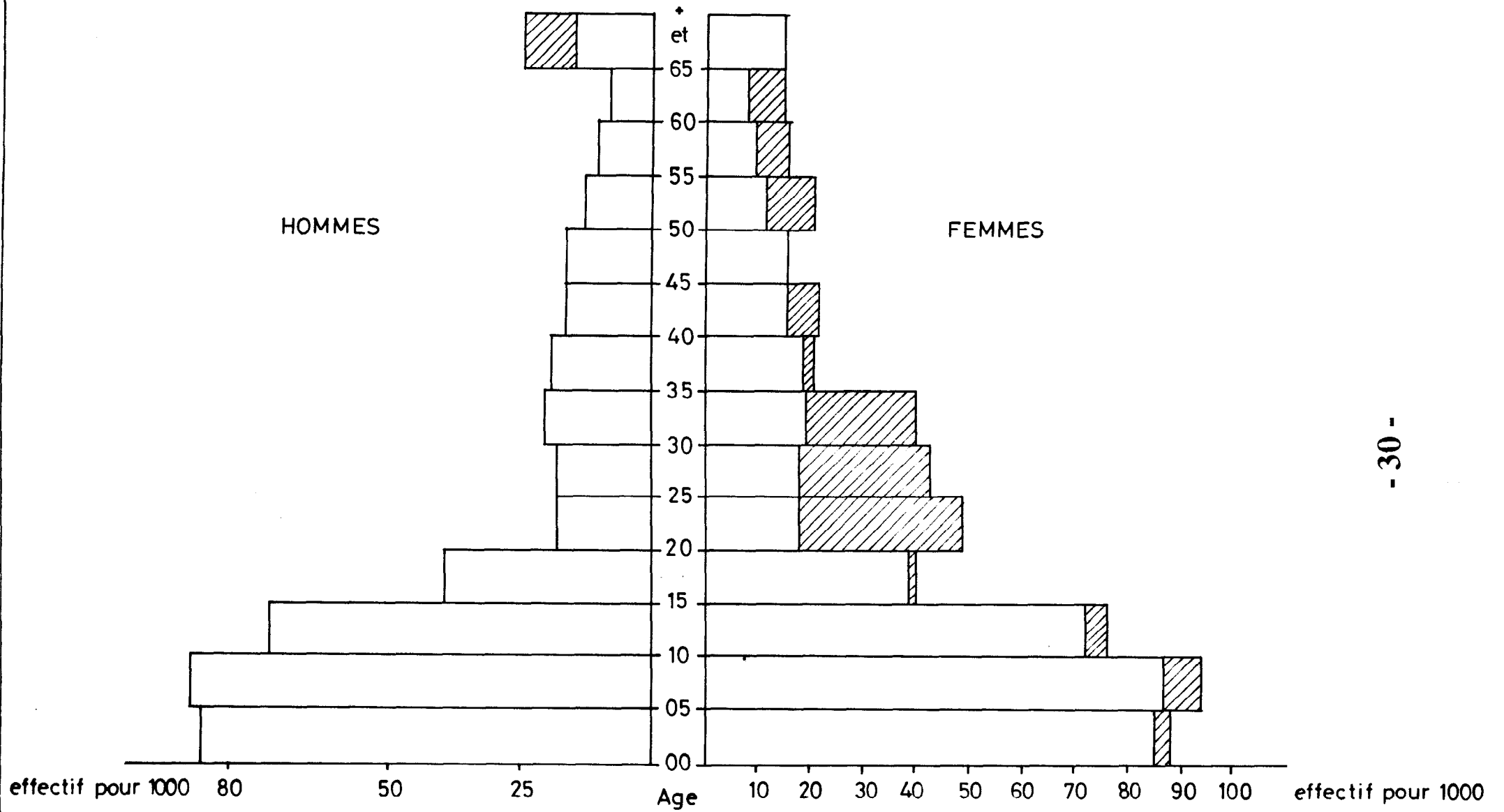
Ces chiffres permettent de construire les figures 1-a et 1-b.

**


Tableau n° 3 : Structure de la population du village.

Classes d'âges (années)	Effectifs			Effectifs pour 1000			Hommes pour 100 femmes
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
- de 5	158	163	321	85	88	173	97
5 - 9	161	175	336	87	94	181	90
10 - 14	134	141	275	72	76	148	95
15 - 19	72	75	147	39	40	79	95
20 - 24	33	91	124	18	49	67	35
25 - 29	33	80	113	18	43	61	40
30 - 34	37	74	111	20	40	60	50
35 - 39	35	38	73	19	21	40	90
40 - 44	30	41	71	16	22	38	70
45 - 49	30	30	60	16	16	32	100
50 - 54	23	38	61	12	21	33	60
55 - 59	19	29	48	10	16	26	65
60 - 64	15	27	42	8	15	23	55
65 et +	45	28	73	24	15	39	160
Total	825	1030	1855	444	556	1000	

Source : 10^e passage des enquêteurs ORSTOM dans le village (Février-Mars 1990). Dépouillé manuellement par nous.



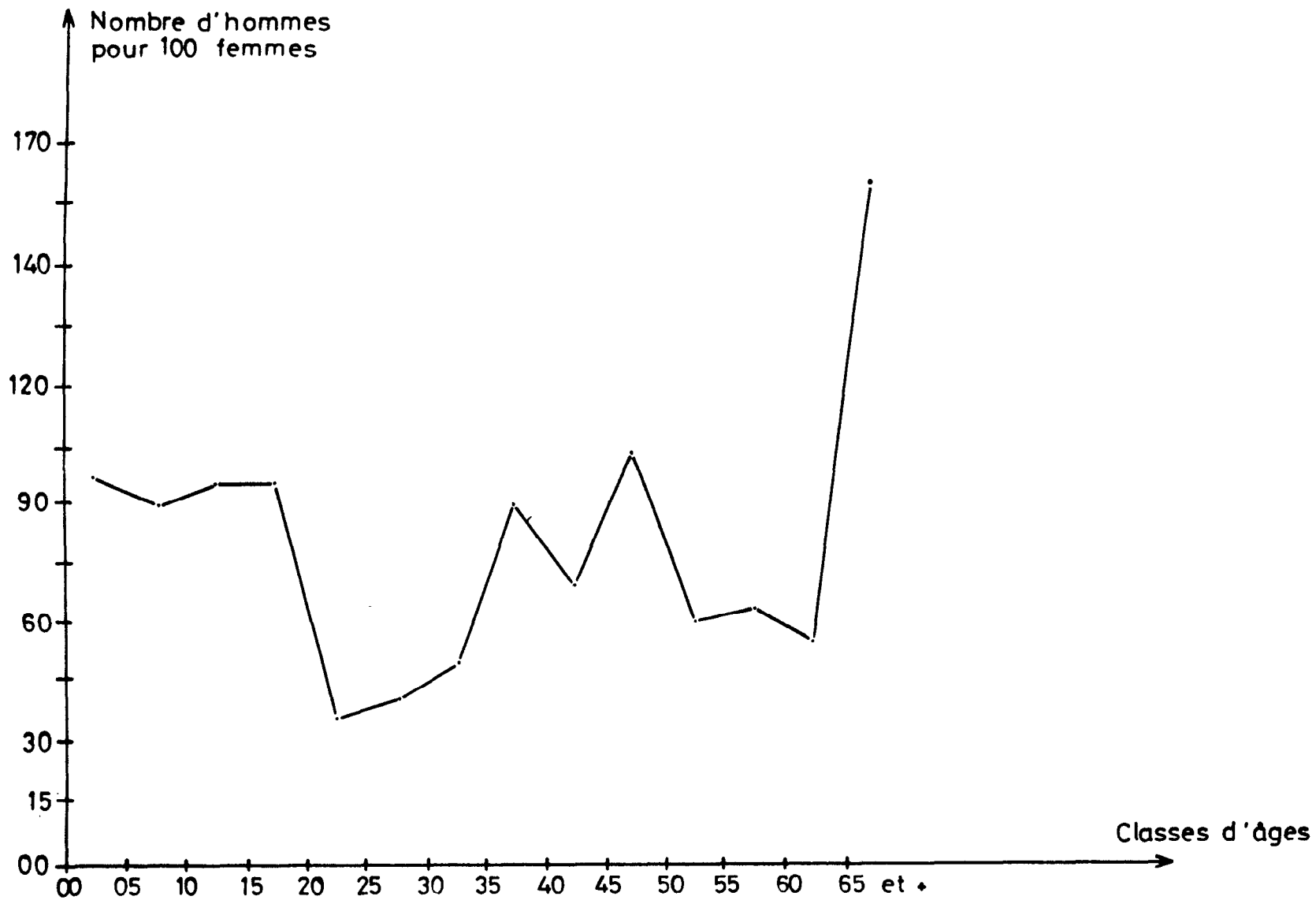
STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION DE
DOUNGOU - NABITENGA en 1990

 excédents d'effectifs

*

source : 10^e passage des enquêteurs ORSTOM

Figure n° 1-a



RAPPORT DE MASCULINITE DANS LA POPULATION DE
DOUNGOU - NABITENGA

source : 10^e passage des enquêteurs ORSTOM
(calculé par nous)

Figure n° 1-t

L'effectif masculin est, dans l'ensemble, moins important que l'effectif féminin (figure 1-b). Cette différence entre les effectifs masculin et féminin est très importante dans l'intervalle de 20 à 35 ans. Cela caractérise probablement l'ampleur des migrations: il n'existe pratiquement pas une famille dans ce village qui n'a pas un de ses membres en République de Côte d'Ivoire, ou qui en est revenu. Il se trouve que les partants appartiennent, le plus souvent, à cette tranche d'âge. La recherche de travail pour une vie meilleure constitue, généralement, le motif principal de ces départs qui concernent plus les hommes que les femmes. Les données recueillies par les enquêteurs de l'ORSTOM confirment cette situation.

L'égalité des effectifs des deux sexes entre 45 et 49 ans pourrait provenir des retours de migrants, et le nombre nettement supérieur des hommes de 65 ans et plus, par rapport aux femmes du même âge, est peut-être une conséquence de la mortalité. Une étude sur ces phénomènes permettrait de mieux les comprendre.

2 - Spécificités culturelles

La population de Doungou-Nabitenga appartient à l'ethnie des "gnon-gnonsé", sous-groupe des mossis (singulier : "gnoa-gnoaga").

Comme toutes les communautés mossis, elle est fortement hiérarchisée. Cela se remarque malgré le déclin de la chefferie traditionnelle. Autrefois, le chef de village avait des pouvoirs assez étendus sur ses sujets. De nos jours, il est perçu simplement comme un conseiller. Il est même contraint de s'adonner, lui et les membres de la concession royale, aux durs labeurs des champs pour subvenir à ses besoins.

La forte hiérarchisation est perceptible encore, de nos jours, à travers le pouvoir que le chef de concession exerce. Souvent une concertation se manifeste parmi les chefs des familles composant la concession. Mais le dernier mot appartient au chef de la concession. L'autorité de ce dernier ne peut être remise en cause.

La contestation de l'autorité du chef de concession peut entraîner le bannissement. Les chefs des familles composant la concession lui sont soumis. Ces chefs de familles (tous

hommes comme le chef de concession) ont également leurs pleins pouvoirs sur leurs épouses et leurs enfants. Les enfants sont également soumis les uns aux autres selon l'âge (du plus jeune au plus vieux).

La population est animiste et il est très rare de rencontrer une personne pratiquant une autre religion que le culte des ancêtres. Les *gnon-gnonsé* sont des "*bagbas*", des devins. Des autels de divination se dressent devant presque toutes les concessions. Les habitants de villages voisins ou d'autres régions du pays y viennent pour des consultations occultes.

Autrefois, les "*gnon-gnonsé*" étaient réputés être les "maîtres des nuages". Ils avaient le pouvoir de faire pleuvoir ou d'empêcher la pluie de tomber, sur quelque espace que ce soit. Ils avaient le pouvoir de déclencher des grands tourbillons d'air, ou de se transformer eux-mêmes en tourbillons d'air géants. Ils pouvaient provoquer de grosses tornades... Les légendes affirment même qu'ils pouvaient vaincre un ennemi (cela serait arrivé) à la force de ces moyens occultes, en déclenchant des éléments naturels.

De nos jours, ces pouvoirs auraient diminué du fait que les secrets n'ont pas été transmis aux jeunes. Mais ils ne seraient pas totalement perdus : certains vieux en détiendraient encore mais ne les transmettent plus, parce que les jeunes maintenant sont peu sérieux et peu méritants. Même entre eux, ils sont méchants. << Ils ne sont plus comme nous avant. On ne peut pas donner un pouvoir à quelqu'un pour qu'il en use contre quelqu'un de sa famille.>>, nous explique un de ces "*bagbas*" avec lequel nous nous sommes entretenu. Beaucoup de valeurs et de connaissances se seraient perdues, du fait de ces mauvaises attitudes dont sont accusés les jeunes.

Mythe ou réalité ? Notre étude ne permet pas d'éclairer sur ce sujet. Peut-être que d'autres personnes se pencheront sur la question pour mieux nous informer.

Mais dans une telle société, quelle est la place accordée à la femme et à l'enfant ?

3 - Statut de la femme et de l'enfant

a - Statut de la femme

Nous pouvons dire que la femme, ici, est une "femme-objet". Elle constitue, par le mariage, une propriété. C'est un bien que l'on n'achète pas ; elle est offerte par sa famille, à celui que son père choisit. La dot, d'après des personnes que nous avons interrogées, est symbolique.

La femme fait aussi partie des biens de l'héritage, sauf pour ses propres enfants. Au décès de son époux la femme est remariée à l'un des enfants du défunt, généralement l'aîné. Mais lorsqu'aucun de ces enfants n'a atteint l'âge minimum de 15 ans, elle peut être donnée à un des frères du défunt. Dans tous les cas, son statut demeure inchangé auprès de son nouvel époux.

Aux dires des anciens du village, la fille est mariée à l'âge de 17 ans. Epouse, elle se soumet à l'autorité maritale qui se substitue alors à celle de son père ; la volonté de son époux passe avant la sienne qui ne souffre d'aucune discussion.

Toutefois, il est interdit à un homme de battre sa femme, surtout pendant une grossesse. L'homme qui, par le passé, osait porter la main sur sa femme était passible de sanctions sévères, pouvant aller de l'avertissement au retrait de l'épouse, de l'humiliation publique au bannissement de la communauté. Les attitudes contraires, apparaissant de nos jours, relèveraient de l'altération des valeurs traditionnelles.

En plus de sa contribution au champ familial, elle entretient un petit champ, non loin de la concession. Elle y cultive des légumes. Elle est chargée de la corvée d'eau et autres charges domestiques telle la récolte du bois de chauffe.

La journée d'une femme à Doungou-Nabitenga est rude, faite d'activités qui semblent ne jamais finir. Nous avons eu l'impression, en les observant travailler tout au long

de nos journées d'enquête, que nous avons affaire à des automates réglés pour des activités données, ignorant la fatigue et les revendications.

b - Statut de l'enfant

Les enfants ne sont pas comptés parmi les vivants avant l'âge de un (1) an. <<Ce sont des génies qui viennent et qui repartent quand ils veulent. On ne peut pas compter sur eux>> nous dit un homme. <<C'est comme si elle n'existe pas. Aujourd'hui elle est là, demain elle s'en aller.>>, nous dit une femme qui venait d'omettre, dans sa descendance, une fille née quelques jours auparavant ; son mari présent l'a amené à la signaler.

Cette considération des enfants de moins d'un an, qui demeure encore aujourd'hui, est liée à la mortalité : pour eux, un enfant qui meurt est <<..un enfant qui ne voulait pas rester.>>. La mortalité étant plus forte chez ces enfants, la population les assimile à des génies qui viennent mais peuvent disparaître à tout moment.

Il faut dire que cette considération pose des problèmes de dénombrement de la population jeune, du calcul de la fécondité et de la natalité. Les deux enquêteurs de l'ORSTOM qui effectuaient leur passage dans la zone nous en avaient averti. Nous avons pu le vérifier effectivement parmi la population.

Au-delà d'un an, les enfants jouent un rôle important dans le prestige familial, surtout si leur nombre est élevé. Ils constituent une preuve de fertilité pour l'homme et de fécondité pour la femme. Plus un homme, ou une femme, aura d'enfants et plus la considération sociale à son égard sera importante.

Toutefois garçons et filles reçoivent une éducation discriminatoire.

La fille est considérée comme <<..une étrangère>> ; elle est la propriété d'autrui. <<Elles se marient et s'en vont. Elles ne font pas partie de la Famille>> nous explique un homme.

La jeune fille est très tôt éduquée dans le sens de la soumission à l'homme. Elle se prépare à sa future vie d'épouse, de mère. La femme a la responsabilité de l'éducation des

enfants. Elle rappelle à sa fille qu'elle n'est qu'une femme, chaque fois que celle-ci a une dispute avec un garçon. Après le mariage, elle est considérée comme appartenant à la Famille de son mari qui a des droits sur elle.

Rarement on entend parler de départs de filles avec des garçons d'autres villages, pour fuir la décision paternelle. Aucun homme du village, également, n'ose s'enfuir avec une fille destinée à un autre ; aucun cas ne nous a été signalé. Plus qu'au banissement auquel il s'exposerait, la menace des forces occultes l'en empêche ; ces forces pouvant le frapper facilement, du fait de son sang d'origine "*gnoa-gnoaga*".

Quant au garçon il est éduqué dans le sens de sa "supériorité" sur la femme, laquelle devra un jour subir son autorité.

La mère rappelle au garçon qu'il est le chef, le maître, à chaque fois que celui-ci s'aventure au milieu des filles ou se met à pleurer: << Soit fort comme un homme ! Ne soit pas une femme ! >>, entend-t-on souvent reprocher.

Le garçon participe aux travaux des champs, où son apport est considérable. Il faut dire que les filles aussi y participent mais doublement : dans le champ familial et dans le champ de leurs mères.

C'est surtout par l'émigration que le garçon peut faire dès 12-14 ans, qu'il constitue également une source de revenus et d'espoir pour sa famille.

Il est très rare de voir une fille s'amuser avec des garçons, et inversement. Fussent-ils du même âge, jouer ensemble est mal vu même si certains parents commencent à le tolérer. << Ce sont de mauvaises habitudes. Si la fille est habituée au garçon, elle ne le respectera plus quand ils seront grands. >>, affirme un homme d'âge avancé.

FECONDITE DES FEMMES

La proportion de jeunes observée dans la structure de la population (cf CHAPITRE 2, II-1) est une conséquence de la fécondité élevée des femmes.

Cette étude se rapporte au nombre d'enfants nés vivants et peut être analysé de différentes manières.

I - FECONDITE TOTALE

La fécondité totale se rapporte au nombre d'enfants nés vivants pour l'ensemble des femmes au cours de leur vie passée.

Au cours de l'enquête, un certain nombre de questions ont été posées aux femmes de 15 à 49 ans concernant leur vie génésique. Notons qu'au-delà d'un certain âge, il se peut que les omissions concernant les enfants nés vivants puis décédés soient non négligeables.

Le tableau n°4 nous donne la descendance des femmes. Ce tableau montre que le nombre d'enfants nés vivants est de 392.

L'intervalle intergénésique moyen observée (intervalle entre les naissances) est de 28 mois.

Le détail des moyennes des descendance atteintes observées sont contenues dans le tableau 5.

Tableau n°4 : Descendance des femmes selon l'âge.

Age des femmes (années)	Effectifs	Femmes ayant 0 enfant	Femmes fécondes	Nombre de grossesses	Avortements	Mort-nés	Jumeaux	Naissances vivantes	Survivants
15-19	8	4	4	4	0	0	0	4	2
20-24	19	0	19	39	1	1	0	37	25
25-29	17	0	17	55	3	1	4	53	41
30-34	13	1	12	64	3	0	0	61	43
35-39	15	0	15	102	2	2	6	101	57
40-44	13	1	12	84	6	2	6	79	50
45-49	8	0	8	59	2	3	6	57	37
Total	93	6	87	407	17	9	22	392	255

Source : Notre enquête sur le terrain, dépouillement manuel.

- 38 -

Tableau n° 5 : Descendance moyenne des femmes selon l'âge

Age des femmes	Nombre moyen de grossesses	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
15 à 19 ans	0,5	0,5	0,2
20-24	2,1	2,0	1,3
25-29	3,2	3,1	2,4
30-34	5,0	4,7	3,3
35-39	7,0	6,7	3,8
40-44	6,5	6	3,8
45 et +	7,4	7,1	4,6

Source : Données de notre enquête (cf. tableau n° 4)

DESCENDANCE MOYENNE OBSERVEE PAR FEMMES

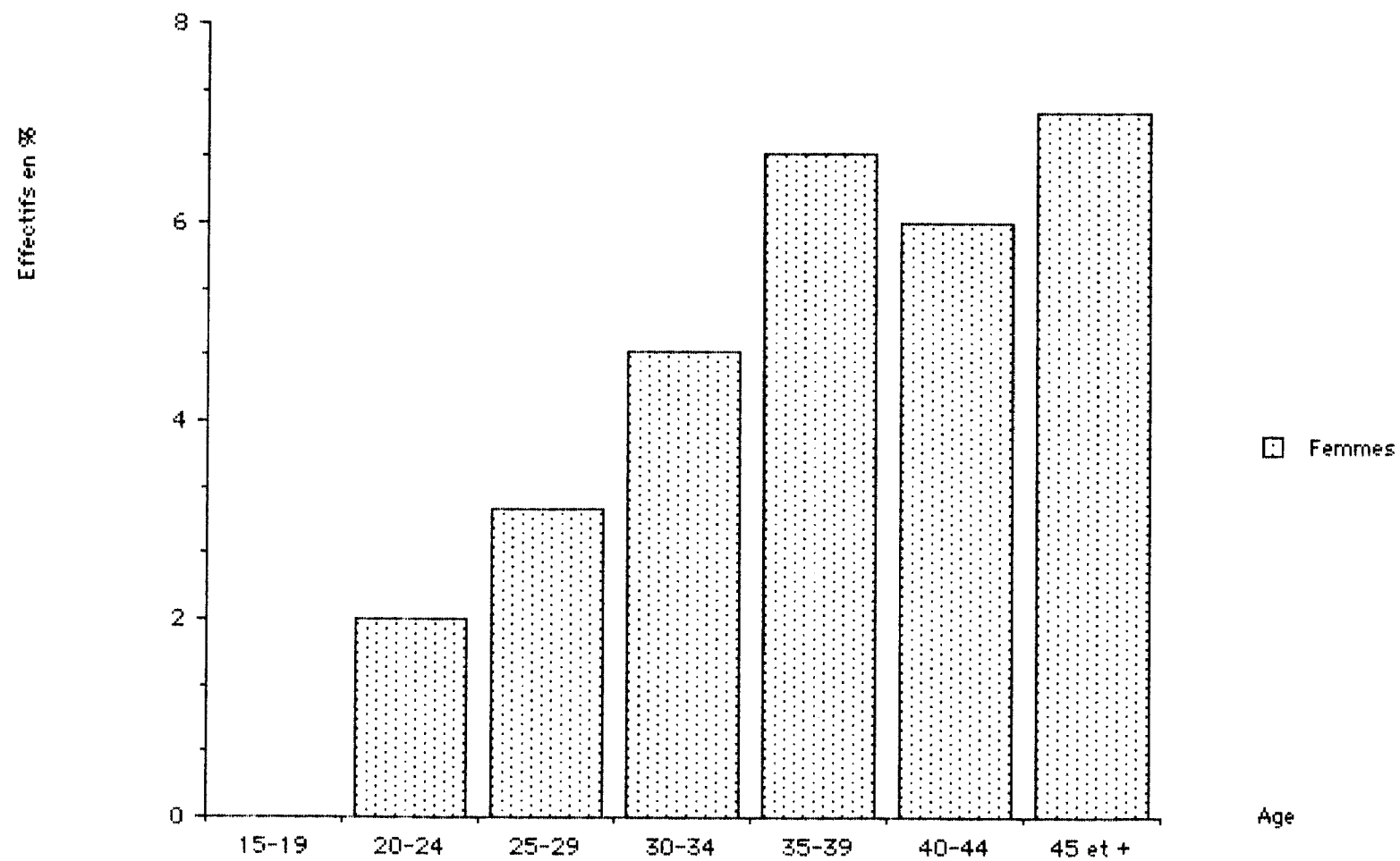


figure 2

DEVENIR DES DESCENDANCES PAR AGES ET PAR FEMME

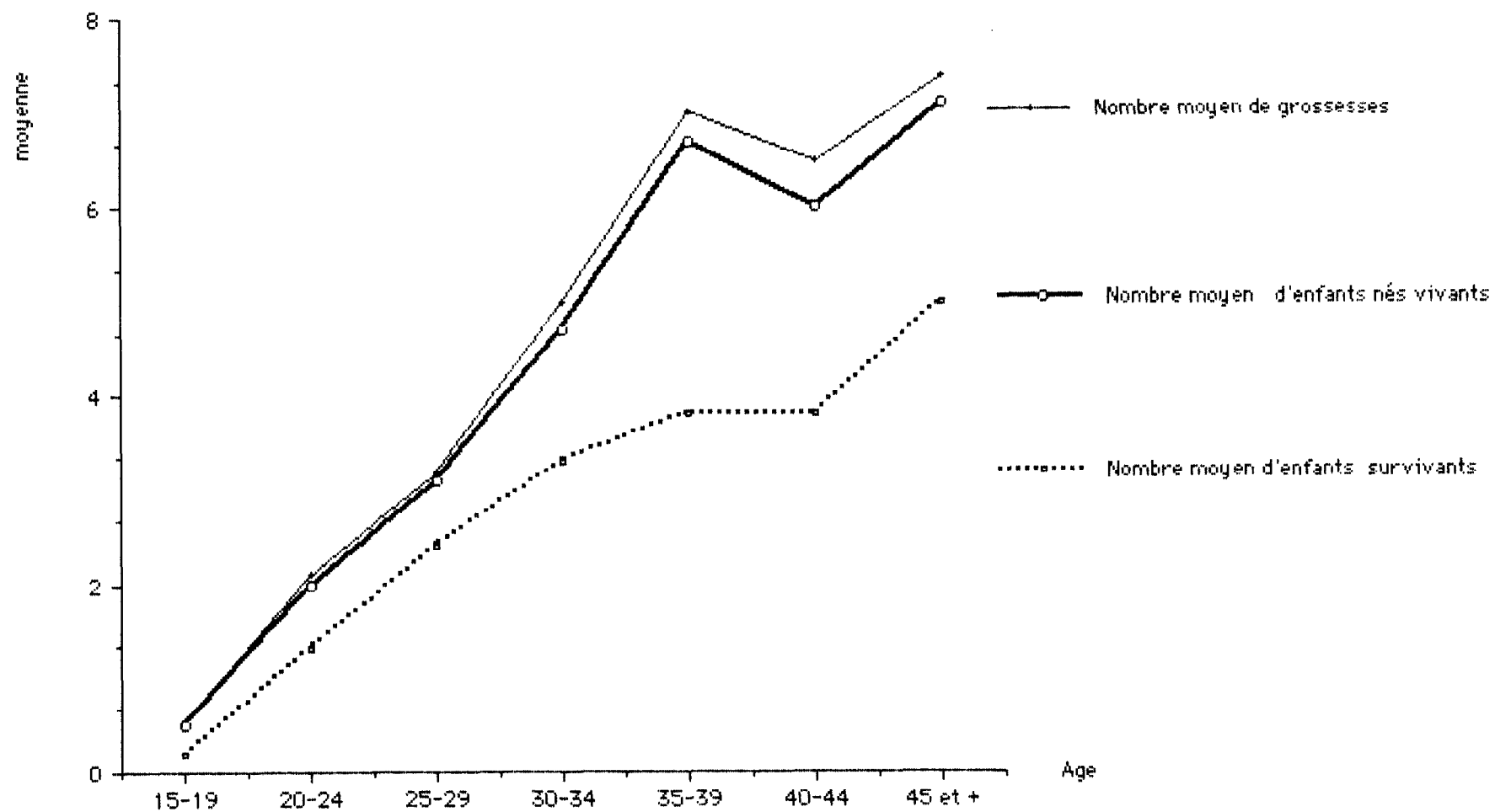


figure 3

Les enfants nés vivants constituent les descendance atteintes observées des femmes, par âge et non soumises à la mortalité. On remarquera dans la figure n° 2 que ces chiffres ont, dans l'ensemble, tendance à croître. La baisse légère observée chez les femmes de 40-44 ans est probablement liée aux omissions évoquées précédemment.

La descendance moyenne des femmes en fin de période féconde ou descendance finale observée (en l'absence de la mortalité) est de 7,1 enfants dont 4,6 survivants.

La différence entre les naissances vivantes et les enfants survivants permet d'apprécier le devenir de la descendance soumise à la mortalité (cf figure n°3). Dans le tableau n°4 ces descendance nettes atteintes correspondent aux "*survivants*" ; dans le tableau n°5, elles correspondent au "*nombre d'enfants survivants*".

La grande partie des décès dans cette population survient après les naissances ; ici la part des avortements et des mort-nés est relativement négligeable (cf figure n°3). Selon une étude menée par DEBOUVERIE M., DUBOZ P. et VAUGELADE J. (1988) les maladies diarrhéiques et les pathologies néo-natales et respiratoires seraient les premières causes de cette mortalité.

II - FECONDITE ACTUELLE

1 - Taux de natalité

On a enregistré 76 naissances en 1989 pour une population de 1855 habitants. Ce qui nous donne un taux de natalité de 41 pour 1000. Ce taux est relativement important : on considère en Démographie que tout taux de natalité supérieur à 30 pour 1000 est élevé.

Cependant, il faut dire que le taux de natalité ne donne qu'une mesure approximative de l'intensité de la fécondité des femmes car il ne tient pas compte de la structure par âges de la population. <<Le taux de natalité sera plus ou moins élevé selon la proportion de personnes infécondes (enfants, vieillards)>> (DUBOZ P., Juillet 1979 -page 117).

L'analyse par la fécondité élimine la structure par âge et reflète mieux l'intensité de la fécondité des femmes. En effet, elle ne considère que les femmes en âge de procréer.

2 - Taux de fécondité actuelle.

< La fécondité actuelle se rapporte aux naissances vivantes survenues dans un passé récent au cours d'un intervalle précis de temps. En général, il s'agit des 12 derniers mois > . (DUBOZ P., Juillet 1979 -page 116). Elle correspond donc à la fécondité générale.

La fécondité actuelle considérée dans notre cas est celle de l'année 1989. Il faut dire que cette étude peut se faire suivant l'âge des femmes, l'ethnie, l'état matrimonial, le lieu d'habitat (quartiers)... Pour notre part, nous nous limiterons au premier paramètre.

Le tableau n° 6 et la figure n° 4 traduisent la fécondité des femmes, par âge, en 1989.

Aucune naissance n'a été enregistrée, en 1989 chez les femmes de 45-49ans. Nous pensons que cela est lié à la ménopause qui souvent intervient à cet âge. Le taux de fécondité observé chez les femmes de cet intervalle d'âge est donc rigoureusement nul. D'où leur absence dans les calculs (cf tableaux n°6 et n°7).

La fécondité est surtout élevée chez les femmes de l'intervalle de 20 à 34 ans. La fécondité maximale est observée chez les femmes de 25 à 29 ans.

En faisant la projection de ces taux de fécondité sur les descendance atteintes observées, non soumises à la mortalité, on obtient le tableau n° 7.

Il résulte de cette opération, une descendance cumulée de 5,12 enfants par femme, en fin de période féconde

On remarque (figure n°5) des écarts entre la fécondité totale et la fécondité actuelle se traduisant par les différences existant entre les descendance observées par femme et les descendance cumulées, selon l'âge.

Tableau n° 6 : Fécondité pour 1000, par âges des femmes en 1989

Ages des femmes (en années)	Effectifs de la population féminine	Naissances totales	Fécondité générale observée
15-19	75	6	80
20-24	91	25	274
25-29	80	22	275
30-34	74	16	216
35-39	38	5	131
40-44	41	2	48
45-49	////	////	////
Total	399	76	190

//// : N'est pas à prendre ici en compte.

Source : 10^e passage des enquêteurs ORSTOM (Février-Mars 1990) - Dépeillé manuellement par nous.

Tableau n° 7 : Descendance cumulée par âges suivant la fécondité observée en 1989

Ages des femmes (en années)	Taux de fécondité observée pour 1000	Descendances calculées par âges	Descendances cumulées
15-19	80	0,4	0,4
20-24	274	1,37	1,77
25-29	275	1,375	3,145
30-34	216	1,08	4,225
35-39	131	0,655	4,88
40-44	48	0,24	5,12
45-49	////	////	////

Source : calculs à partir des données du tableau n°6

TAUX DE FECONDITE ACTUELLE PAR AGES (EN 1989)

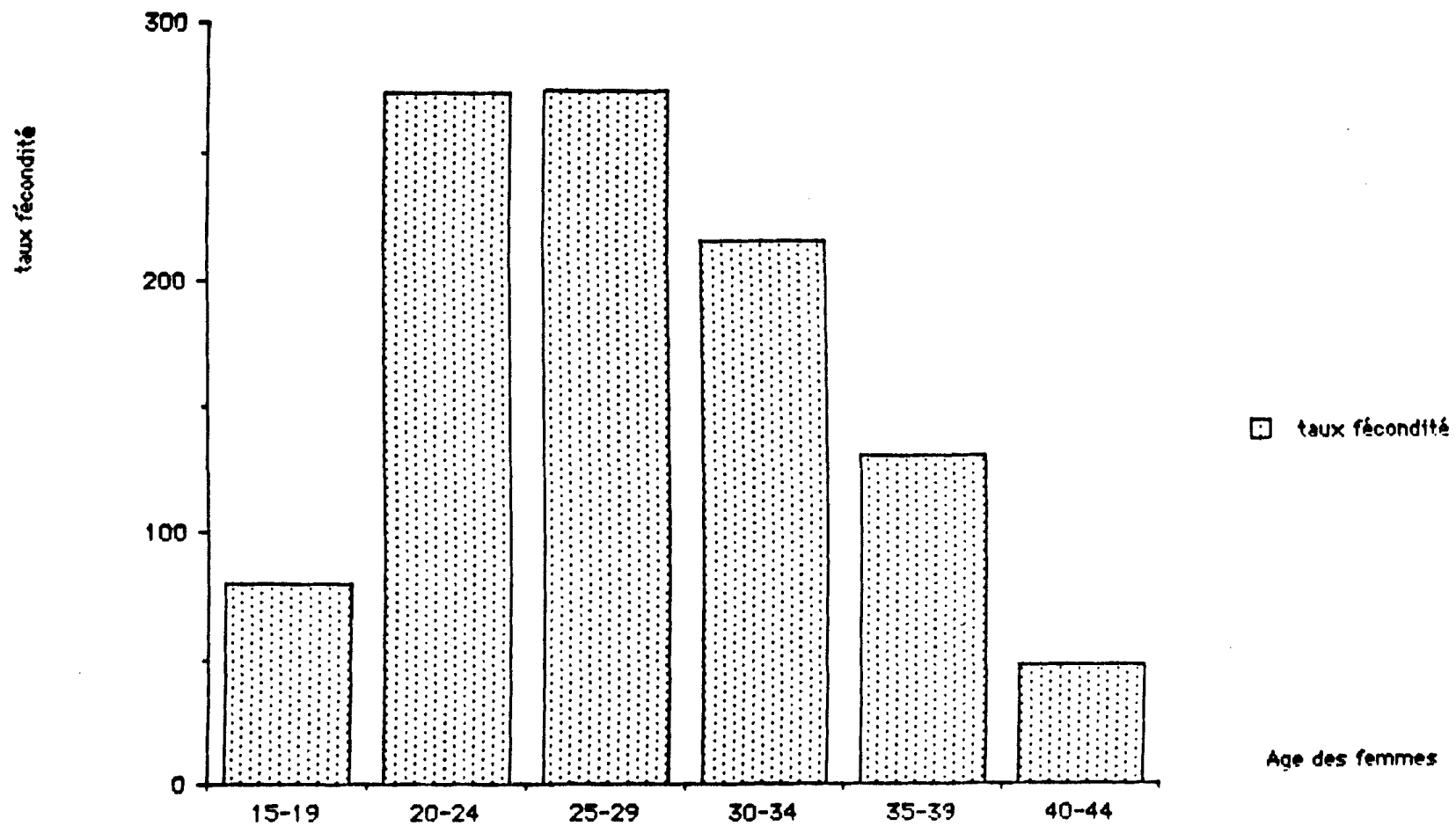


figure 4

COMPARAISON ENTRE DESCENDANCES OBSERVEES ET DESCENDANCES CUMULEES SUIVANT L'AGE DE LA FEMME

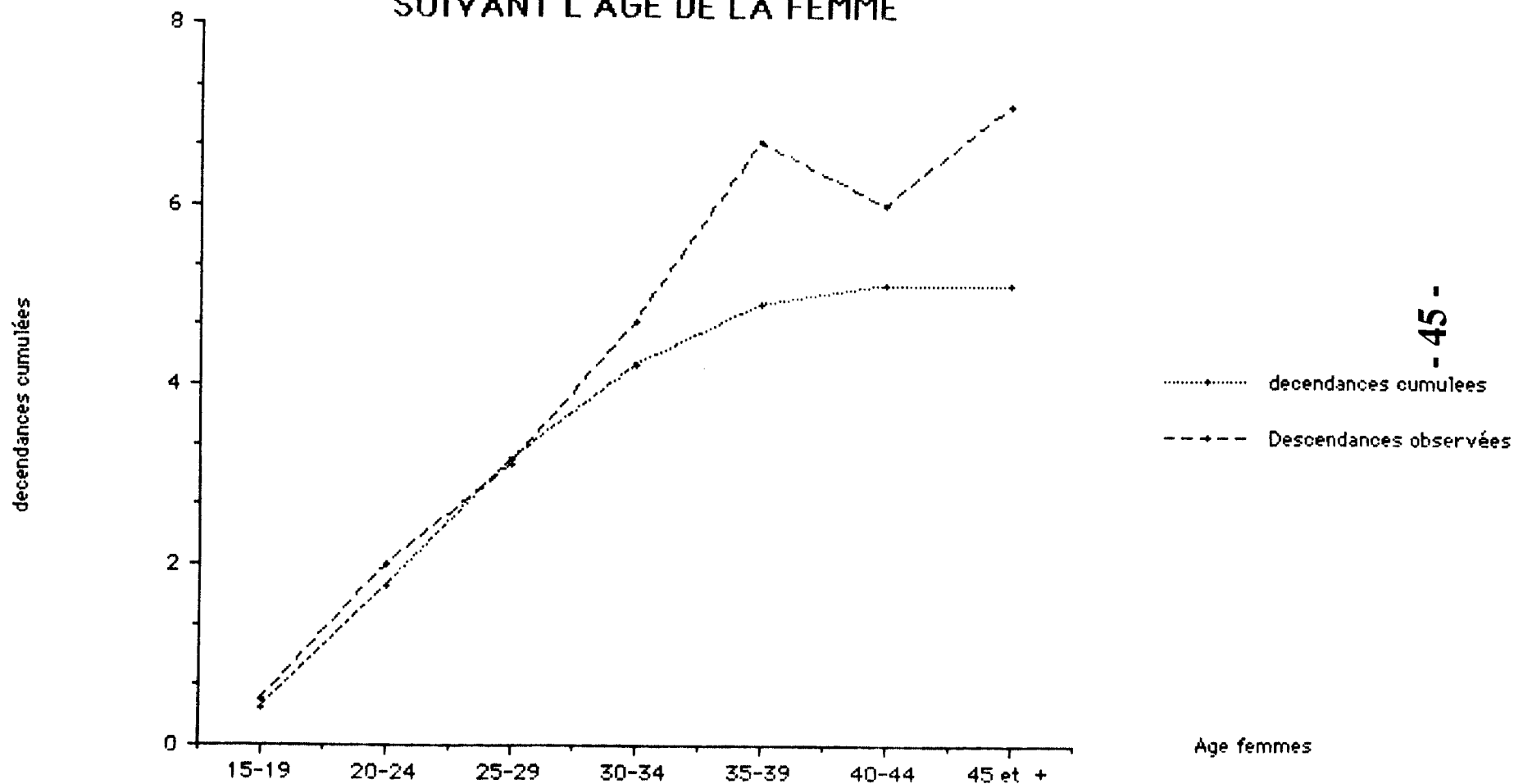


figure 5

**

Jusqu'à 35 ans, ces écarts ne sont pas importants. Mais au-delà de cet âge de la femme, on note une variation relativement importante. Cette variation, visible sur la figure 5, est due soit à une baisse de la fécondité, soit à des erreurs dans la déclaration des naissances. Une étude plus minutieuse et suivie dans le temps pourra éclaircir ce phénomène que nous ne pouvons expliciter dans le cadre de notre étude.

3 - Taux de féminité des naissances et taux brut de reproduction

L'échantillon de notre étude étant petit, le taux de féminité des naissances calculé ne pourra être fiable.

On admettra donc que ce taux est voisin du chiffre standard de 0,488.

Cela nous permet de définir approximativement un taux brut de reproduction (TBR) pour cette population. On a :

$$\text{TBR} = \text{tf} \times \text{Dw}$$

avec : * tf = taux de féminité des naissances ou
nombre moyen de filles nées vivantes pour
une femme.

* Dw = descendance finale observée

$$\text{D'où TBR} = 0,488 \times 7,1$$

$$\text{TBR} = 3,5 \text{ filles par femme en fin de procréation.}$$

Cela signifie que la génération actuelle de femmes, en l'absence de mortalité, sera remplacée par 3,5 fois plus de femmes. Vu les tendances observées dans la fécondité, il y a de quoi se préoccuper de l'avenir des populations de ce village (compte tenu des immenses problèmes socio-économiques qui y existent) et de celui de l'environnement déjà fortement dégradé.

La mise en place d'une politique de planification familiale dans ce village apparaît alors comme une nécessité pour la maîtrise de la fécondité et un mieux-être pour la population.

POLITIQUE ET METHODES EN MATIERE DE
PLANIFICATION FAMILIALE

La *planification familiale* signifie la *planification des naissances*. PRESSAT R., dans <<*Dictionnaire de Démographie*>> (PUF, 1979) définit la planification familiale comme étant <<..la constitution de la descendance selon certaines normes d'espacement et de dimension finale.>>. Contrairement à ce que l'on pense souvent, elle a toujours constitué une préoccupation de tous les temps.

I - HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

1 - Origines et Evolution

Des méthodes visant à espacer ou à limiter la descendance ont, apparamment, toujours existé au niveau des individus comme des communautés. <<Hormis la pratique de l'infanticide et de l'avortement, citée dans de nombreux textes historiques, les pharmacopées traditionnelles de différentes régions du monde mentionnent des plantes et potions diverses à visées contraceptives.>> (TANKOANO A. F., 1989 page 12). Selon cette même source qui cite SIDNEY et GORDON (page 13), le premier diaphragme a été réalisé en 1850 par l'allemand HASSE C.!

Mais en plus des plantes, inventions et potions diverses, on peut citer l'asbtinence sexuelle qui était pratiquée déjà par les sociétés primitives, les interdits et tabous divers. On savait déjà que l'absence de rapports sexuels permettait d'éviter une grossesse, et on se gardait d'avoir des relations sexuelles avec une femme enceinte ou qui venait d'accoucher.

Certes, la durée de l'abstinence et la dimension finale recherchée n'étaient pas, ce qui est considéré aujourd'hui comme, *idéales*. Cependant il faut admettre que cela répondait aux normes d'espacement et de dimension voulues par ces populations ; il s'agissait donc d'une *planification*.

L'effort d'améliorer la contraception et de faire connaître aux populations des méthodes contraceptives plus efficaces date de la prise de conscience des conditions sanitaires des femmes et des enfants. Cet effort s'est plus accru avec les différentes menaces que fait peser l'accroissement démographique sur les Etats et la Terre depuis un certain temps (pollutions, famines, crises des systèmes socio-éducatifs et économiques,...).

La plupart de ces menaces sont surtout ressenties dans les pays du tiers monde, où le fort accroissement de la population remet bien souvent en cause les programmes de Développement. Même si l'on ne peut pas parler de surpeuplement dans bien des cas, le déséquilibre entre les productions, les infrastructures disponibles et les effectifs de population restent un frein à l'amorce d'un Développement véritable.

Plusieurs conférences et rencontres internationales ont fait des recommandations visant à éradiquer ces menaces : Accra 1971, Bucarest 1974, Mexico 1984, Arusha 1984, Harare 1986, Abidjan 1987...

Le Burkina Faso a souscrit à ces recommandations. L'adoption d'une politique nationale de population le 10 Juin 1991 est un gage de son attachement à ces recommandations.

2 - Politique de population au Burkina Faso

L'importance que prend progressivement la recherche en matière de population et les activités de planification familiale, la certitude désormais du lien étroit qui existe entre la population et le Développement, ont amené l'Etat à collaborer avec les différents

intervenants dans ce domaine. Cette collaboration se fait à travers un organe consultatif national (le Conseil National de la Population : CONAPO).

L'adoption de la politique nationale de population (Zatu n° An VIII. 0040/FP/PRES du 10 Juin 1991), proposée par le CONAPO, témoigne d'un attachement de l'Etat à la résolution des problèmes de Développement liés à la population.

La politique nationale de population du Burkina Faso vise l'amélioration qualitative et quantitative de la vie à travers un programme d'action qui va de l'An 1991 à l'An 2005.

C'est un immense programme de développement qui intègre harmonieusement la variable "*population*" à ses stratégies de mise en oeuvre. Les objectifs visés par cette politique sont axés sur tous les problèmes de la vie : environnement, santé, nutrition, habitat, statut de la femme, emploi, enseignement de la contraception... Ces objectifs devraient permettre non seulement la résolution des problèmes actuels, présents, mais aussi d'anticiper sur des problèmes à venir.

Le coût de la première tranche de ce programme (1991 - 1995) est estimé à environs 36 milliards de francs CFA. A la date du 6 Avril 1992, 13 milliards de francs CFA étaient acquis (information recueillie à l'Unité de Population). Si la totalité du financement est acquise, elle permettra d'effectuer complètement cette première tranche du projet.

Une évaluation progressive appréciera le degré de résolution des problèmes et dira si les objectifs visés ont été atteints selon les périodes définies. Cette évaluation pourrait permettre de cerner les problèmes imprévus qui s'attaqueront au programme, et de proposer alors des stratégies plus appropriées.

L'enseignement de la planification familiale tient une place importante dans ce programme.

3 - Planification familiale au Burkina Faso

a - Politique de planification familiale

C'est après la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, en 1978, que le Burkina Faso a adopté la planification familiale (TANKOANO A. F., 1989 page 23).

Bien qu'adoptée, la planification familiale (PF) ne sera menée que très timidement au Burkina Faso à travers l'Association Burkinabè des Sage-Femmes (ABSF) - créée sous tutelle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS)- dans les formations sanitaires.

L'Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial (ABBEF), créée en 1979 et seulement reconnue en 1981, fait figure de pionnière en matière de *planning familial* dans le pays.

Les activités de PF étaient essentiellement menées dans les grandes villes, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

Avec le temps, les activités ont été mieux organisées et des structures ont vu le jour. La collaboration entre l'Etat, les Associations, et les bailleurs de fonds est de plus en plus étroite.

Ces organisations ont été plus tard rejointes par l'Association Pour l'Action Familiale (APAF) qui enseigne aux couples des méthodes naturelles de contraception.

Avec l'accroissement de la demande, l'ABSF établira une clinique (comme l'ABBEF), qui porte aujourd'hui le nom de Clinique pour la Promotion de la Santé de la Famille (CPSF).

Il a fallu cependant attendre jusqu'en 1985, le 10 Avril, pour voir l'adoption d'un "Plan d'action en matière de planification familiale" par le conseil des ministres, sur proposition des ministères et associations menant des activités dans le genre (SEBGO Pascaline, Février 1992).

L'élaboration du programme de planification familiale se justifie par :

- a/ le taux élevé des décès maternels dûs aux avortements : 18% selon une observation faite en 1984 à la maternité de l'hôpital Yalgado, à Ouagadougou ;
- b/ le constat du nombre d'abandons d'enfants et d'infanticides de plus en plus élevés ;
- c/ les drames sociaux de plus en plus nombreux du fait de grossesses non désirées ;
- d/ les complications de grossesses et d'accouchements entraînant une mortalité maternelle élevée : 610 décès pour 100 000 en 1984 (même source que "a") ;
- e/ les problèmes liés à la malnutrition des enfants, mais aussi des femmes qui allaitent ou portent une grossesse.

Le bien-être de la famille et de la société est le but visé par ce plan d'action.

Les objectifs de ce plan se résument à la résolution des problèmes qui entravent l'exercice d'une parenté responsable, parmi les populations, par des campagnes de sensibilisation, d'éducation et de plus large diffusion des contraceptifs. Pour ce faire, l'Information, l'Education et la Communication (IEC) constituent des supports indispensables.

Ce n'est qu'après l'adoption de ce plan d'action, que la loi de 1920, contre l'avortement et la diffusion des contraceptifs (cependant déjà vendus à cette date dans les grandes villes par les organisations précitées avec la permission de l'Etat !), a été reconsidérée dans sa partie "contraceptifs".

Plusieurs études, réalisées ou en cours de réalisation, viennent en appui à ce plan d'action en matière de planification familiale.

b - Etudes sur la planification familiale

Les études menées en matière de planification familiale sont relativement nombreuses mais très insuffisantes.

La plupart des études menées relèvent de la "Recherche Opérationnelle". Elles sont destinées à collecter des informations pouvant aider les agents de planification à mieux préparer, ou à réaliser, des interventions dans la population.

C'est le cas des enquêtes et études sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des populations en matière de planification familiale : exemple de l'<< *Enquête initiale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques liées à la planification familiale dans deux provinces du Burkina Faso ; Kéné Dougou et Zoundwéogo* >> (DSF-The Johns Hopkins University (JHU)/Population Communication Services, Septembre 1990). Cette étude avait pour but de mesurer les connaissances et l'utilisation de la PF dans les zones rurales. C'est une enquête par questionnaire ayant concerné 600 personnes : 300 hommes et 300 femmes.

C'est aussi le cas de l'<< *étude socio-démographique réalisée dans les provinces de : Bougouriba, Comoé, Mouhoun, Nahouri, Passoré, Sanmatenga du 8 Mai au 16 Juin 1989* >> (Direction de la Promotion de la Famille, MSAS-FNUAP) ; le but visé ici était l'examen de la situation socio-démographique considérée comme un fondement pour une aide éducative.

Il faut dire ici que les travaux de certains étudiants peuvent être classés dans cette catégorie : exemple de la Thèse de Médecine de TANKOANO Frank A., 1989.

On a également des données de recherche opérationnelle qui concernent des évaluations et/ou des suivis de programmes, en matière de PF ; c'est le cas du << *Rapport préliminaire de l'analyse situationnelle du programme de la PF du Burkina Faso* >> (DSF, MSAS-The Population Council, Février à Décembre 1991). Cette étude a concerné 10 provinces et les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Procédée par questionnaires, observation et interviews, son enquête a touché 796 femmes et 80 agents et administrateurs de PF.

C'est également le cas de << *Beaucoup d'enfants signifie beaucoup de soucis : Interviews de groupe dirigées avec des villageois du Burkina Faso* >> (DSF, MSAS-The Johns Hopkins University/Population Communication Services). C'est une enquête réalisée dans le Kéné Dougou et le Zoundwéogo, par des interviews de groupe dirigées ; cette étude a concerné 560 hommes et femmes des zones rurales. Le but de l'étude était de trouver un fondement pour élaborer une stratégie de communication.

En dehors des productions universitaires, encore très peu nombreuses, et des travaux du MSAS (soutenu par des organismes et universités étrangères) les études sur la PF sont rares. Il existe des associations comme la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction (CRESAR) et l'ABBEF qui ont réalisé déjà quelques travaux. Ces études concernent pour la plupart des CAP en milieu urbain ; elles sont peu nombreuses et peu diffusées à cause de difficultés matérielles rencontrées par leurs auteurs.

L'action en matière de PF, pour être bien menée, doit s'inspirer des réalités et des spécificités de chaque groupe ou communauté ; l'intervention des agents de l'IEC et de la PF peut engendrer des attitudes défavorables si elle ne tient pas compte de ces réalités et spécificités.

La production intellectuelle en matière de PF ne couvre pas encore toutes les particularités du pays ; la recherche en la matière est encore jeune et se trouve confrontée au manque de moyens logistiques.

Elle a besoin d'être dynamisée par un apport de moyens matériels et une formation plus complète de personnel adéquat afin de répondre aux attentes de l'IEC et de la PF.

II - METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE

La planification des naissances ne peut être pleinement réalisée par les couples, sans recourir à l'avortement provoqué, qu'avec les méthodes de contraception (PRESSAT R., 1979). Ces méthodes contraceptives sont nombreuses et variées. Pour notre part, nous les décomposerons en deux groupes : les méthodes naturelles et les méthodes non naturelles.

A - Méthodes naturelles de contraception

Nous appelons "méthodes contraceptives naturelles" toute méthode ou moyen permettant d'éviter la conception sans avoir recours à l'utilisation de produits modernes ou traditionnels. Appartiennent à ce groupe, les méthodes contraceptives suivantes :

ERRATA :

L'ABSENCE D'UNE PAGE N°55 EST UN DEFAUT D'IMPRESSION.

1/ l'abstinence sexuelle : connue depuis les sociétés primitives, cette méthode consiste à s'abstenir de tout rapport sexuel. Son efficacité est évidemment de 100 %.

2/ le coït interrompu : l'interruption du coït ne faisait pas partie des pratiques courantes des populations primitives et des population traditionnelles. Cependant cette méthode est de plus en plus utilisée pour éviter une grossesse. Son efficacité dépend du moment d'interruption du coït.

3/ l'allaitement naturel au sein : la femme qui allaite au sein accuse une relative inhibition de son ovulation. Cette inhibition, de durée variable selon la femme, facilite l'espacement des naissances. << l'aménorrhée liée à la lactation est un mécanisme contraceptif d'une grande efficacité. Son rôle est important dans l'espacement des naissances dans un grand nombre de pays du tiers monde >> (TANKOANO A.F., 1989 page 17).

4/ les interdits et tabous divers : ils ne sont pas des méthodes contraceptives à proprement parler mais contribuent à favoriser l'espacement des naissances. Ces pratiques sont traditionnelles et existent dans toutes les populations du globe, mais ne sont pas partout identiques ; elles varient suivant la culture et le niveau de vie. A propos de leur efficacité, VAN BALEN (1975, cité par TANKOANO A, 1989 page 21) dit que << volontairement ou involontairement, les coutumes sexuelles pendant la période du post-partum ont comme heureux résultats des naissances suffisamment espacées, pour que la venue d'un enfant ne compromette pas la santé et le développement du précédent >> .

5/ la séparation du couple après l'accouchement constitue également un moyen contraceptif utilisé par les populations. Une étude de DUBOZ P. (1979) à Brazzaville, au Congo, montre que << souvent, après l'accouchement, la femme part au village et s'abstient de relations sexuelles pendant l'allaitement >> . Cette pratique se rencontre aussi souvent dans d'autres pays du tiers monde ; elle se rencontre également au Burkina Faso.

6/ la polygamie n'est pas une méthode contraceptive ; cependant elle est un moyen naturel influençant le rythme des naissances par femme. En effet, la fréquence des

rappports sexuels par femme chez un monogame est relativement plus élevée que celle que l'on peut noter chez un polygame.

Or, <<la diminution de la fréquence des rapports pour chaque épouse suffit à expliquer la baisse de la fécondité. L'âge du mari joue un rôle secondaire, de même l'hypothèse du meilleur respect de l'abstinence post-partum par les polygames>>. (VAUGELADE J., 1982 -page 6).

B - Méthodes non naturelles de contraception.

Il s'agit de toutes les méthodes traditionnelles ou modernes faisant appel à des produits divers (contraceptifs). Ce sont :

1/ les contraceptifs traditionnels : plusieurs auteurs ont évoqué des usages de plantes ou autres techniques, à but contraceptif, par des populations rurales ou urbaines traditionnelles.

Toutefois, les recettes existantes sont difficiles à obtenir du fait de l'aspect mystique qui, souvent, les revêt. C'est ce qu'affirme TANKOANO A. (1989 page 62, citant SOAMPA T. 1989). <<Ces recettes ne sont pas à la portée de tout individu>>. Selon lui, les difficultés liées aux incantations qui accompagnent souvent ces recettes et les usages maléfiques qu'on peut en faire justifieraient leur caractère secret. Les mystères entourant ces pratiques rendent leur étude et leur expérimentation difficiles. Ce qui ne permet pas de déterminer leur degré d'efficacité.

2/ les spermicides : ce sont des produits destinés à tuer les spermatozoïdes. Ils sont pour la plupart à base de Nonoxynol-9. Il s'agit de gels, de mousses ou de comprimés que l'on introduit dans le vagin avant les rapports sexuels. Leur usage est en général sans danger et ne nécessite aucune surveillance médicale.

3/ les pilules : la pilule contient assez d'hormones pour empêcher l'ovaire de produire un oeuf chaque mois, sans interruption cependant des menstrues. Elle est prise par

la femme à des intervalles bien définis. Il existe plusieurs types de pilules contraceptives. Compte tenu de ses actions chimiques et biochimiques, un examen préalable et un suivi médical sont indispensables. Il existe actuellement des pilules pour hommes, en expérimentation.

4/ les dispositifs intra-utérins (DIU) : il s'agit de dispositifs médicaux, *stérilet - diaphragme ...*, réalisés en général à partir de cuivre et destinés à être placés dans le vagin pour y empêcher toute fécondation. << Tant que l'appareil est en place, l'ovule ne peut ni mûrir ni être toléré par l'utérus >>. (Richard C. BROWN 1 Judith E. BROWN, 1983 page 6).

Leur pose et leur suivi sont effectués par des centres médicaux. Un DIU peut rester dans un vagin pendant 4 à 5 ans. En cas de besoin de conception, le service médical assurant le suivi peut effectuer une dépose anticipée. La surveillance médicale est impérative.

5/ les injections : elles ont essentiellement les mêmes effets que les pilules. Elles sont effectuées à intervalles bien définis, après un examen médical, par les services de santé. Les possibilités d'effets secondaires obligent un examen médical et un suivi médical.

6/ les condoms : communément appelés "*capotes anglaises*" ou encore "*chaussettes*"... Plusieurs synonymes existent du fait d'une certaine pudeur. C'est le seul contraceptif moderne, actuellement disponible, qui soit à usage masculin. Il s'agit d'une gaine plastique qui, enfilée avant la pénétration sexuelle, permet de recueillir le sperme lors de l'éjaculation. Il n'y a alors pas d'épanchement de spermatozoïdes dans le vagin. Dans les conditions normales, il n'y a aucun contact spermatozoïdes-ovule. Les condoms constituent à la fois, un moyen contraceptif et un moyen préservatif.

Il en existe une grande variété ; elles répondent toutes aux caractéristiques sus-énumérées. Leur usage est sans danger ; il n'est donc pas nécessaire de subir un examen médical avant utilisation ou à un suivi quelconque. Toutefois, par mesure d'efficacité, des normes d'utilisation simples devraient être préalablement assimilées.

7/ la chirurgie : offre également des moyens de contraception, par ablation des organes producteurs des cellules de reproduction. Mais son recours entraîne une stérilisation irréversible. En général, on n'y recourt qu'en cas de maladie.

C - Méthodes de contraception utilisées au Burkina Faso.

Toutes les gammes de contraception, naturelles ou non, existent au Burkina Faso. Cependant, il faut dire que l'usage des moyens contraceptifs traditionnels concerne surtout le milieu rural. Or, dans ce milieu, aucune donnée statistique fiable n'existe.

Quant à l'usage de moyens contraceptifs modernes, il concerne surtout les grands centres urbains ; là encore aucune statistique fiable sur le milieu rural n'existe.

Dans les grandes villes, des statistiques sont disponibles, avec des marges d'erreurs ne suffisant pas à remettre en cause leur valeur.

Au cours de notre enquête sur le terrain, un passage à la Direction Provinciale de la Santé (DPS) nous a permis de collecter les données contenues dans le tableau n°8. Ces données, traduites sur la figure n°5*, permettent de noter une non-utilisation quasi-totale de certaines méthodes. On remarque également une préférence de l'usage des pilules chez les femmes, suivi des stérilets (DIU) dont l'usage s'est accru considérablement à partir du 3^o trimestre 1988. Celui des spermicides pourrait être classé en 3^o position dans l'échelle des préférences

Les contracepteurs eux étaient moins nombreux jusqu'à la date du 1^{er} trimestre 1988. C'est à cette date en effet que le nombre d'utilisateurs de condom a connu une relative augmentation passant de 131 à 603 au 1^{er} trimestre 1989. A quoi est dû ce phénomène ? Notre étude ne permet pas de donner une réponse précise à cette question. Nous pensons simplement que la campagne d'information sur le SIDA n'est pas totalement étrangère à ces attitudes masculines.

Il faut enfin dire que, à l'image de l'ensemble du Burkina Faso, la prévalence contraceptive demeure très faible dans la province.

Tableau n°8 : Utilisation des différentes méthodes contraceptives pour l'ensemble de la province du Sanmatenga.

Périodes	1987				1988				1989		
	1° t	2° t	3° t	4° t	1° t	2° t	3° t	4° t	1° t	2° t	3° t
Mousses/gel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spermicides	49	28	21	63	60	35	30	58	57	67	29
Pilules	163	74	123	202	210	277	248	326	362	369	374
Condoms	31	19	65	60	131	149	72	193	603	548	228
Diaphragme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stérilet	-	-	1	3	52	34	196	142	117	149	130
Injection	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tablettes vaginales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Méthodes naturelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

x° t : correspond au trimestre x, dans l'année considérée.
 - : correspond à des chiffres rigoureusement nuls.

Source : rapports trimestriels de la DPS/Sanmatenga (Kaya). Relevé par nous.

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE CONTRACEPTEURS PAR ANNEE POUR L'ENSEMBLE DE LA PROVINCE DU SANMATENGA

**

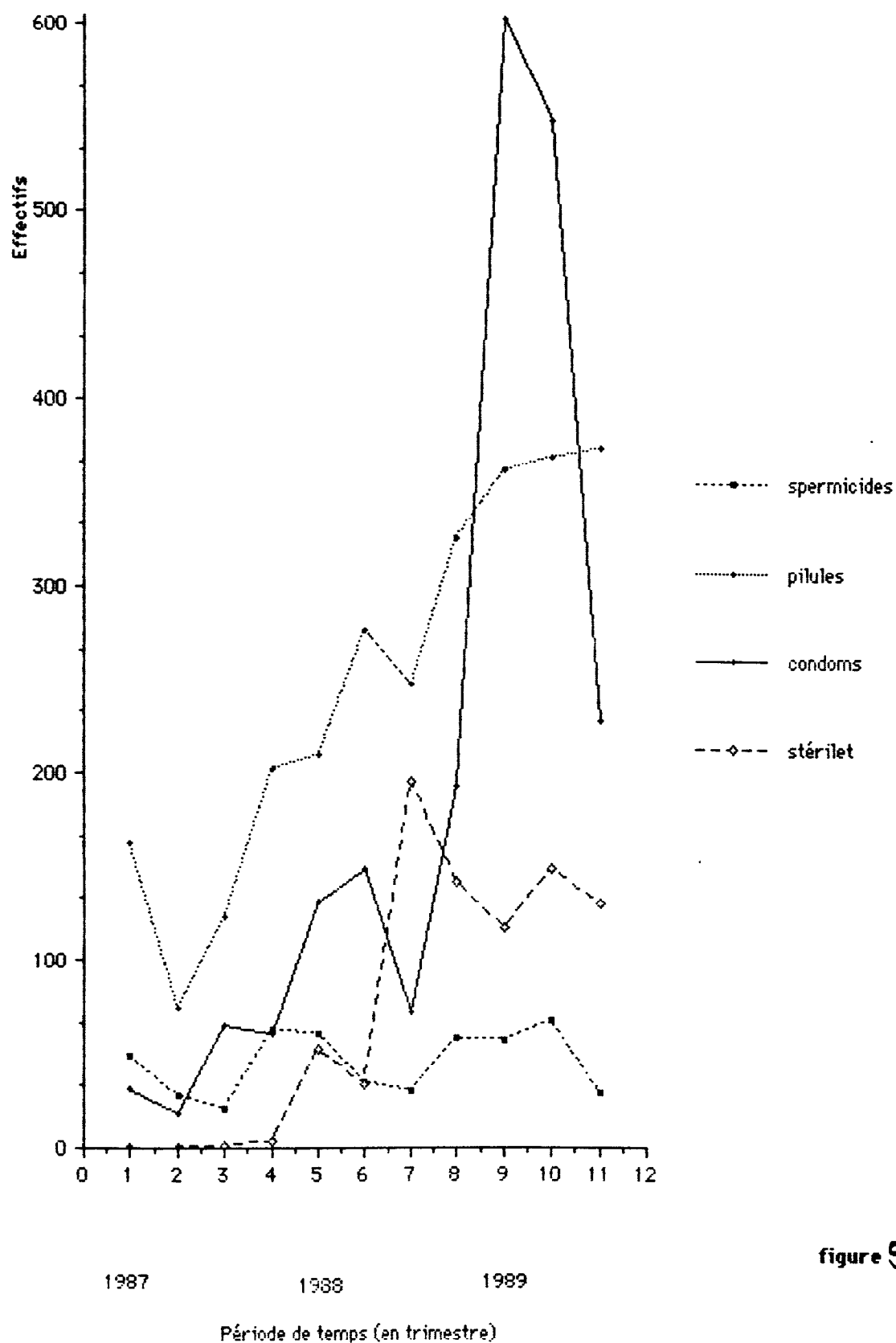


figure 5*

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN
MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

I - CONNAISSANCE DE LA PF PAR LA POPULATION

La plupart des connaissances acquises par la population en matière de planification familiale sont vagues. Le taux de personnes ayant eu connaissance de la planification familiale est bas : 48,7% de notre échantillon, taux variable suivant le sexe et l'âge. Cependant, certaines méthodes sont connues au sein de la population.

A - Connaissances générales

Il faut dire qu'il existe des disproportions selon les âges comme l'attestent les tableaux n°9a et 9b et les figures n°6 à n°8. On observe globalement une tendance inverse en fonction du sexe et de l'âge ; chez les hommes, le taux d'information en matière de planification familiale décroît avec l'âge tandis que chez les femmes il croît.

Les plus jeunes, chez les hommes, sont ceux qui ont plus le plus entendu parler de la planification familiale (PF). Chez les femmes, ce sont plutôt les plus âgées. Cependant, les hommes quel que soit leur âge, ont plus entendu parler de la PF que les femmes.

Le résultat global des réponses, à ces questions, traduit donc bien une différence suivant le sexe que l'âge ne remet pas en cause (cf "totaux" dans les tableaux n°9a et 9b).

Tableau n° 9a : Connaissances générales par les femmes

	F E M M E S							Total
	15-19 ans	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 et+	
Effectifs enquêtés	8	19	17	13	15	13	8	93
Ont déjà entendu parler de l'espace-ment ou de la limitation des naissances	3	5	6	6	4	5	4	33
effectif %	37,5	26,3	35,3	46,1	26,1	38,5	50,0	35,5
Savent qu'une grossesse peut être évitée sans abstinence sexuelle	-	-	1	1	1	-	-	3
effectif %	-	-	5,9	7,7	6,7	-	-	3,2
En ont entendu parler	-	-	-	-	1	1	3	5
effectif %	-	-	-	-	6,7	7,7	37,5	5,4

Source : notre enquête statistique sur le terrain.

Tableau n° 9b : Connaissances générales par les hommes

	H O M M E S							Total
	15-19 ans	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 et+	
Effectifs enquêtés	1	6	19	10	19	20	19	94
Ont déjà entendu parler de l'espace-ment ou de la limitation des naissances	1	5	13	8	11	9	11	58
effectif %	100	83,3	68,4	80,0	57,9	45,0	57,9	61,7
Savent qu'une grossesse peut être évitée sans abstinence sexuelle	1	-	2	-	2	2	-	7
effectif %	100	-	10,5	-	10,5	10,0	-	7,4
En ont entendu parler	-	2	4	1	4	4	5	20
effectif %	-	33,3	21,0	10,0	21,0	20,0	26,3	21,3

Source : notre enquête statistique sur le terrain.

CEUX QUI ONT DEJA ENTENDU PARLER DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

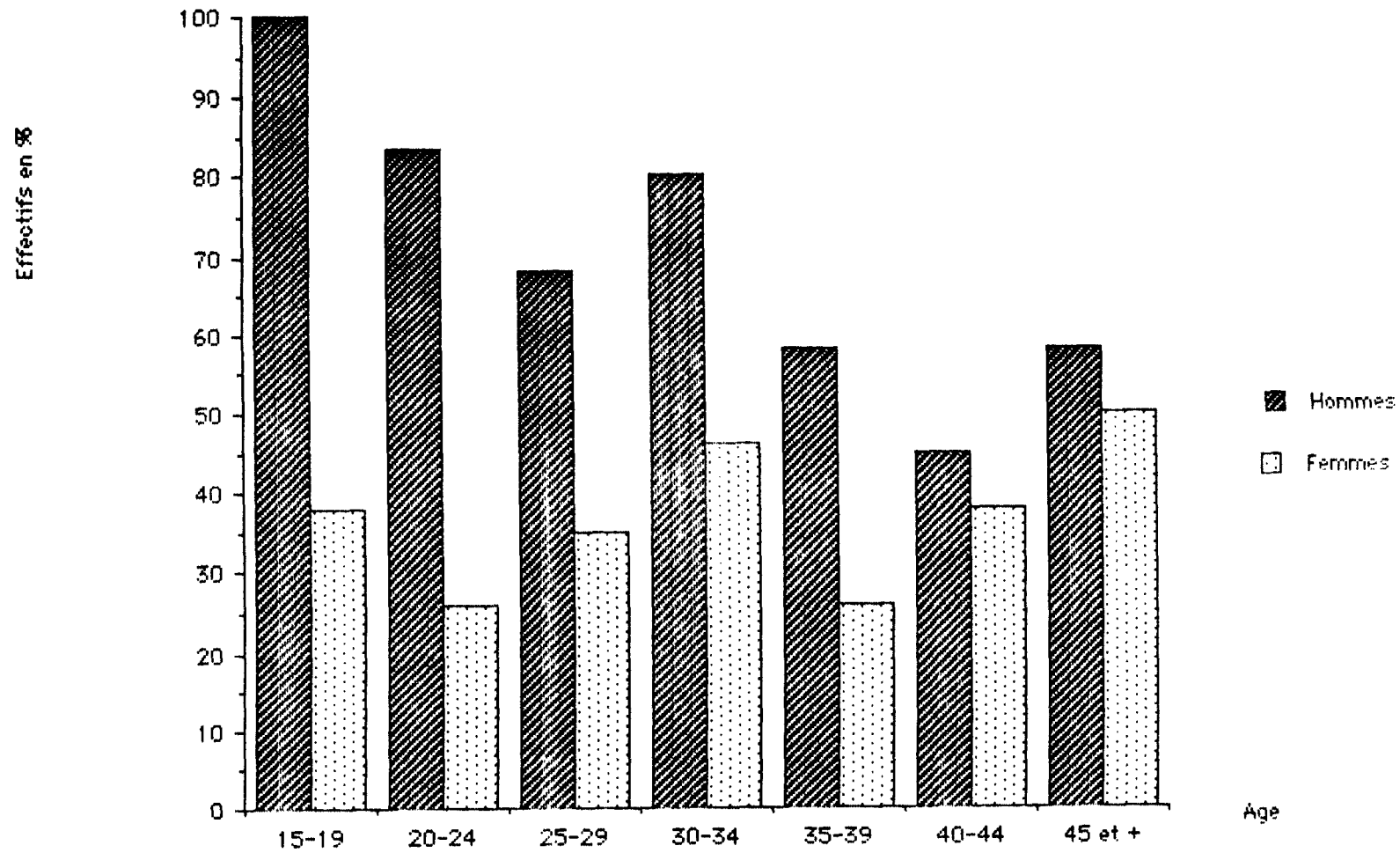
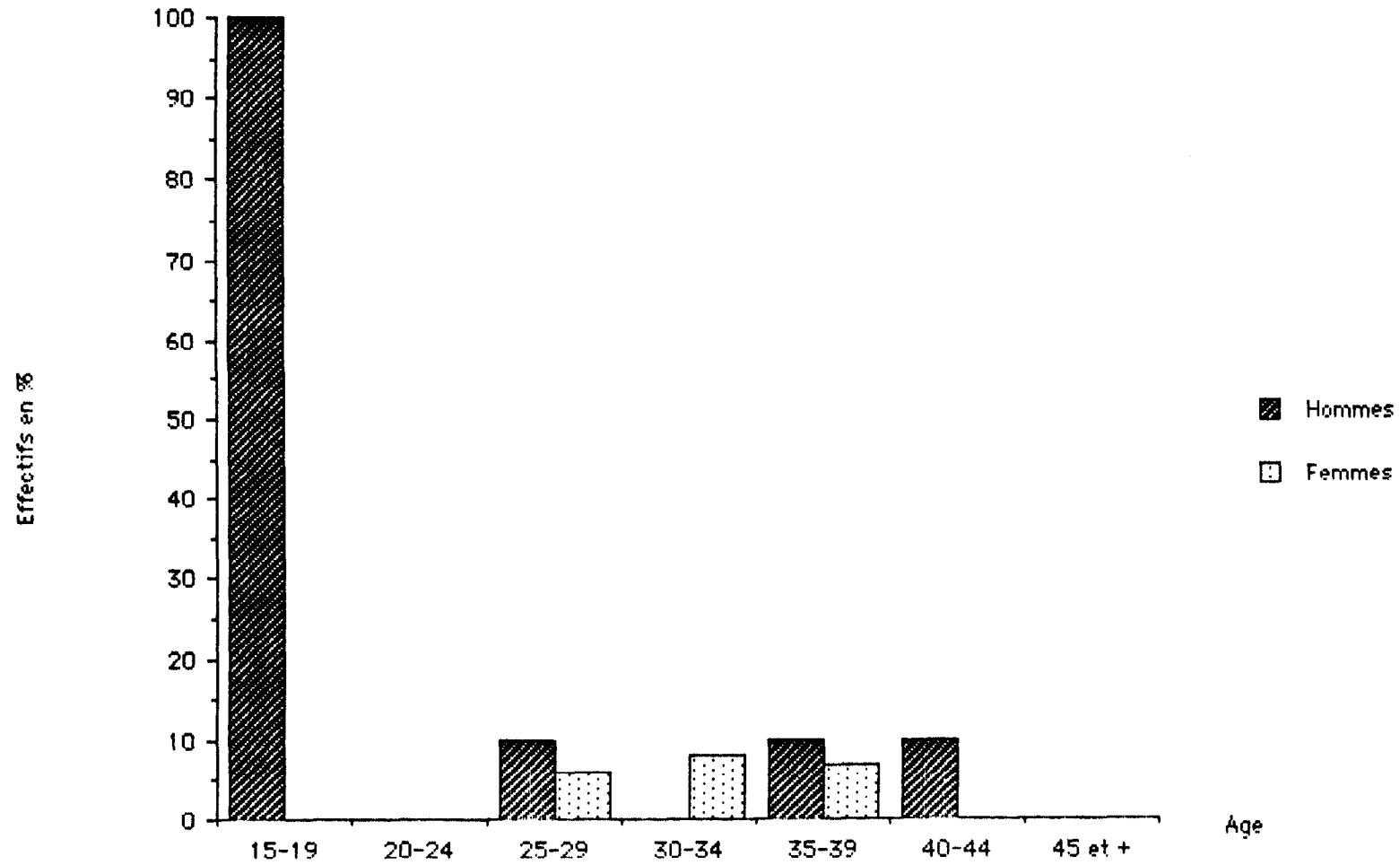


figure 6

**

CEUX QUI SAVENT QU'UNE GROSSESSE PEUT ETRE EVITEE SANS ABSTINENCE SEXUELLE



- 65 -

**

figure 7

ONT ENTENDU DIRE QU'UNE GROSSESSE POUVAIT ETRE EVITEE SANS ABSTINENCE SEXUELLE

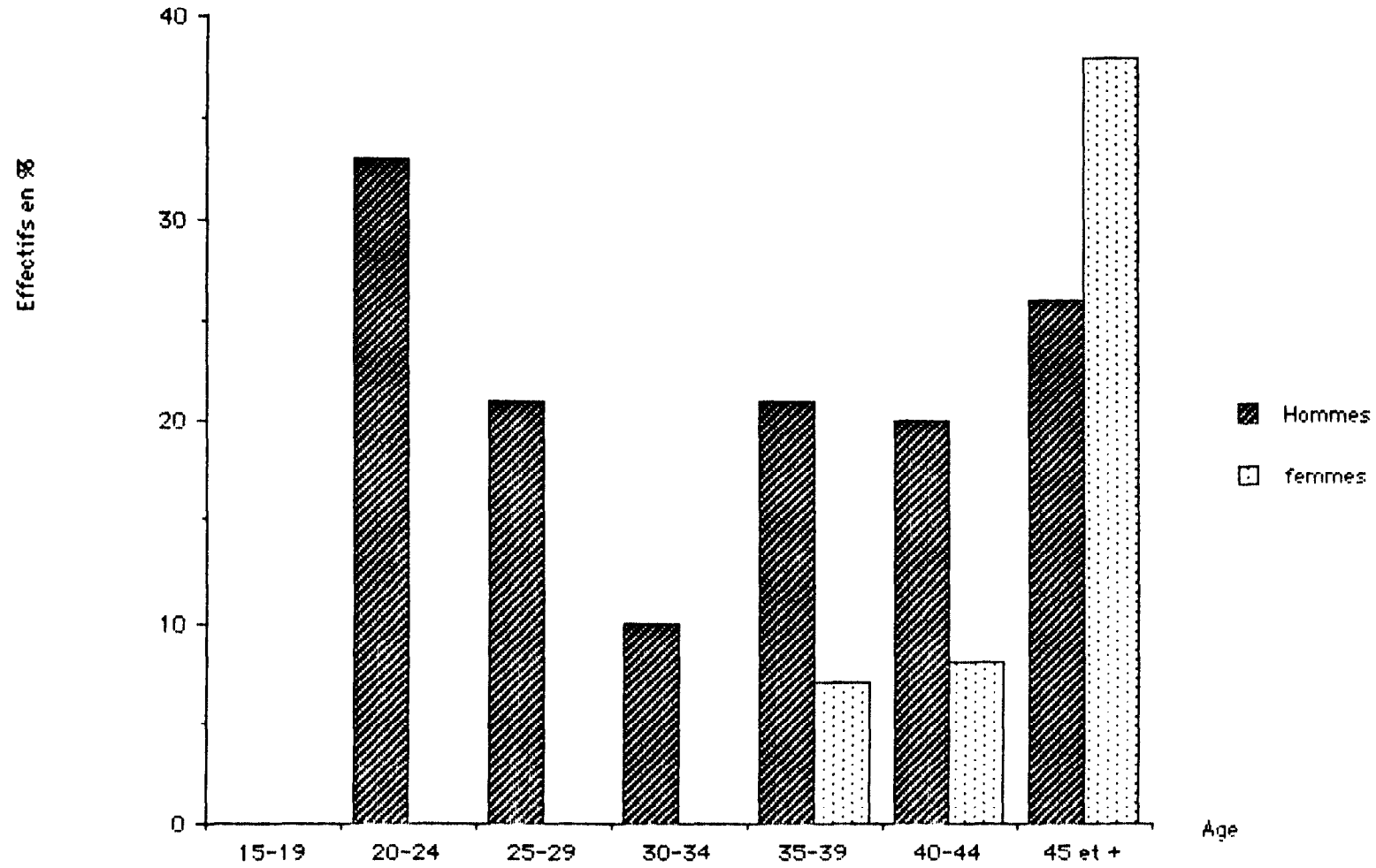
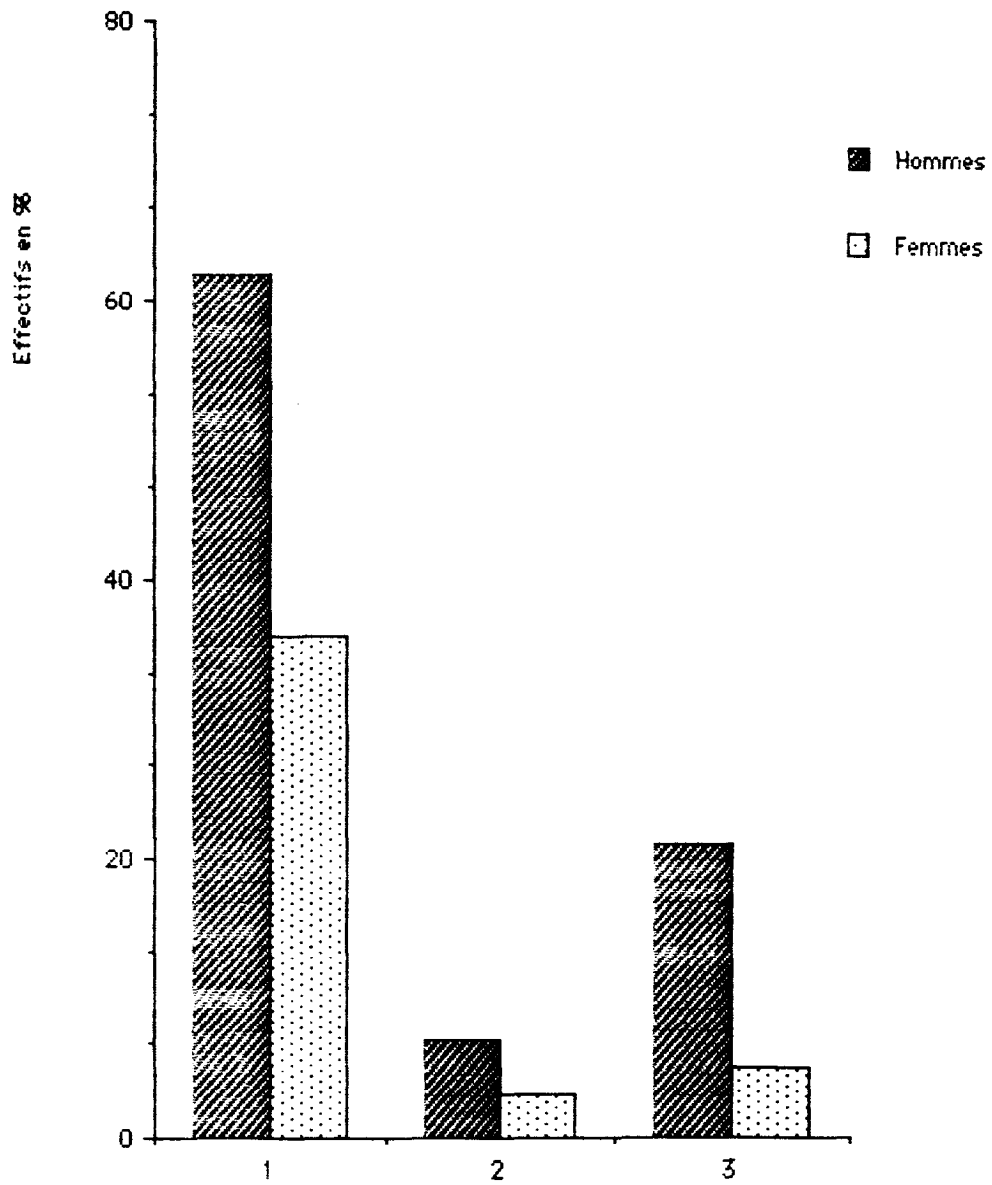


figure 8

**

CONNAISSANCE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SUIVANT LE SEXE



1 Ont entendu parler de la PF

2 Savent qu'une grossesse peut être évitée sans abstinence sexuelle

3 Ont entendu dire qu'une grossesse peut être évitée sans abstinence sexuelle

figure 9

**

Il apparaît dans ces totaux, qu'à la question de savoir s'ils ont déjà entendu parler de la limitation ou de l'espacement des naissances, 61,7% des hommes répondent <<Oui>> contre seulement 35,5% des femmes.

Quant à la question de savoir s'ils savent qu'une grossesse peut être évitée, par un moyen autre que l'abstinence sexuelle, 7,4% des hommes répondent par l'affirmative contre 3,2% des femmes. Cette situation, traduite par la figure n°9, montre bien que les hommes connaissent mieux la planification familiale que les femmes.

Très peu de personnes savent également qu'une grossesse peut être évitée. La plupart en ont simplement entendu parler, de façon floue et imprécise, sans l'évocation de méthodes contraceptives. Ces personnes qui prétendent en avoir simplement entendu parler, sont incapables de donner une définition correcte des notions de limitation et/ou d'espacement des naissances.

Il en a été de même pour d'autres questions que nous avons eu à poser, comme nous le verrons plus loin. Toutefois, la différence est toujours nette (même à ce niveau!) entre les hommes et les femmes : 21,3% des hommes prétendent avoir entendu dire qu'une grossesse peut être évitée contre 5,4% des femmes. Ce qui confirme que les hommes sont, en général, plus au courant que les femmes. Cela témoigne par ailleurs des connaissances floues, imprécises de cette population.

On se rend compte en effet (figure n°9) que la plupart des personnes, qui ont eu connaissance de la PF (c'est-à-dire, celles qui ont eu connaissance de la limitation ou de l'espacement des naissances), ne savent même pas qu'il est possible d'éviter une grossesse sans abstinence sexuelle.

L'importance des écarts liés au sexe, d'une part, et à ceux existant entre l'information sur la planification familiale et la connaissance de la possibilité d'une parenté volontaire, d'autre part, nous amène à nous pencher sur les sources d'information de la population.

B - Sources d'informations

Les personnes interrogées ne font pratiquement pas de différence entre les sources d'informations générales et celles sur la PF. Ce qui nous a amené à considérer, ici, que les sources d'informations sur l'actualité, en général, et sur la PF sont identiques.

Nous avons constaté sur le terrain que :

- il n'y a jamais eu de sortie d'informations du CMH de Pissila, dans le village, pour débattre de la PF.

- aucune Organisation Non Gouvernementale (ONG), parmi celles actives dans ce village (ADRK et PPIK), n'a abordé spécifiquement cette question lors d'une activité ;

- l'agent de santé villageois et l'accoucheuse villageoise nous ont tous deux affirmé avoir eu honte d'évoquer ce sujet, malgré leur formation (quoique sommaire) et les informations en la matière reçues au CMH de Pissila.

Pour ceux qui sont dans ce village, donc, la meilleure source d'informations en matière de planification des naissances devrait être la radio nationale, qui émet quelquefois sur ce sujet. C'est, à notre avis, le principal moyen et le plus sûr dans les conditions de ce milieu, pour avoir une information juste (pour la majorité de cette population).

Cependant, la radio n'est pas perçue comme la meilleure source d'information par les villageois ; en témoigne le tableau n° 10 et la figure n°10.

On constate que la meilleure source d'informations est variable selon le sexe : pour les hommes, il s'agit de la permanence CR (du délégué) du village, alors que pour les femmes ce sont plutôt les parents ou les amies. Il faut souligner que la radio occupe la 2° place pour les hommes et la 3° place pour les femmes.

Mais pourquoi une source d'informations qui devrait occuper la première place se retrouve en seconde ou troisième place ? Nous avons essayé de comprendre cela, en analysant les possibilités d'accès à l'information radio-diffusée.

**** Tableau n° 10 : Sources d'informations selon les personnes enquêtées.**

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre relevé	Nombre sur 100	Nombre relevé	Nombre sur 100
Radio nationale	26	27,6	5	5,4
Délégué du Comité Révolutionnaire(CR)	42	44,7	39	42,0
Parents ou amis	23	24,5	44	47,3
Agents de santé villageois	3	3,2	2	2,1
Centre Médical Hospitalier de Pissila	-	-	3	3,2

Source : notre enquête sur le terrain.

Tableau n° 11 : - Accessibilité à l'information radio-diffusée.

	Effectifs enquêtés	Ayant accès à un poste radio		Ecoutant effectivement la radio	
		nombre *	%	nombre *	%
Hommes	94	54	57	53	56
Femmes	93	57	61	22	24

Source : notre enquête sur le terrain.

MEILLEURE SOURCE D'INFORMATION SELON LE SEXE

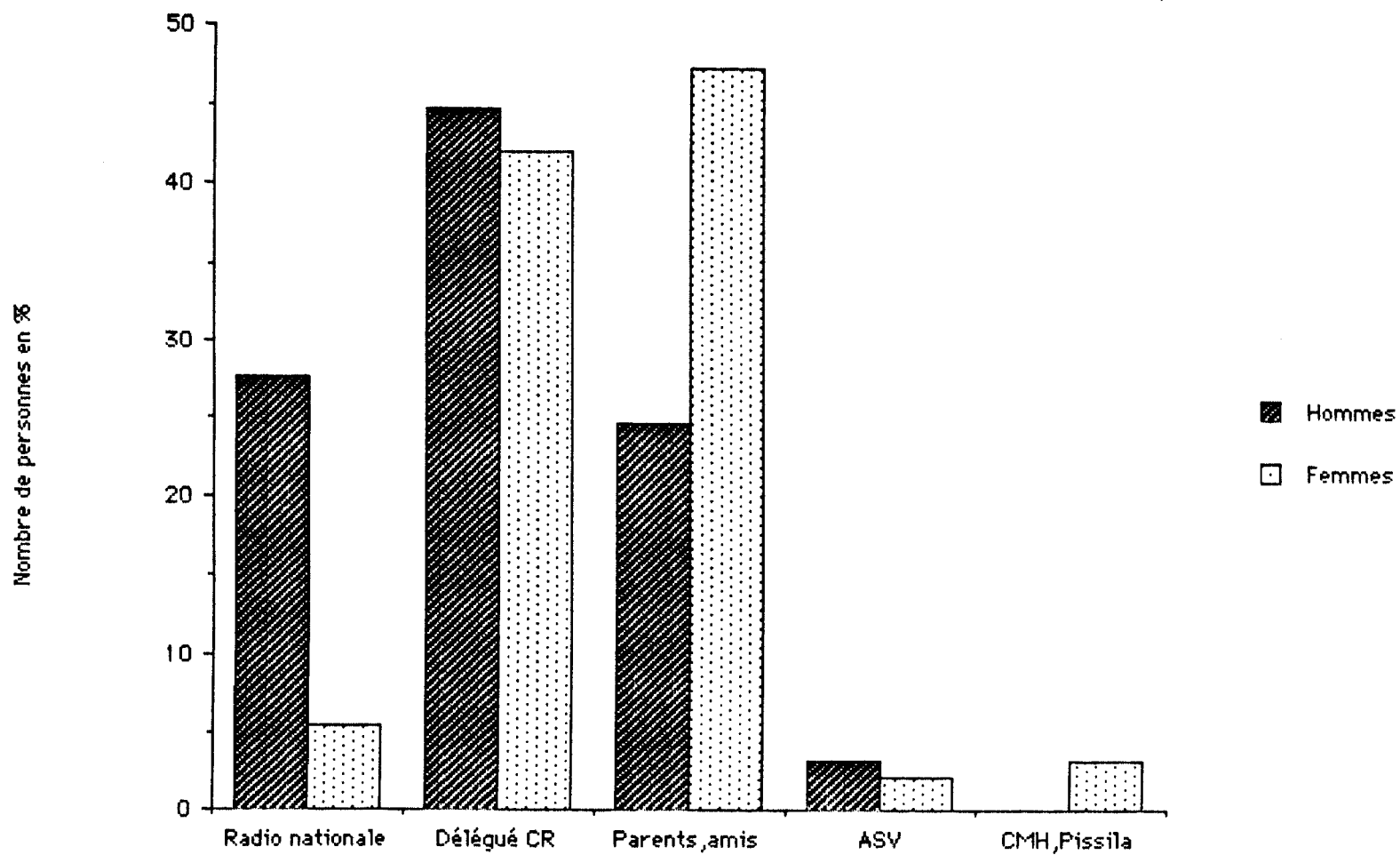
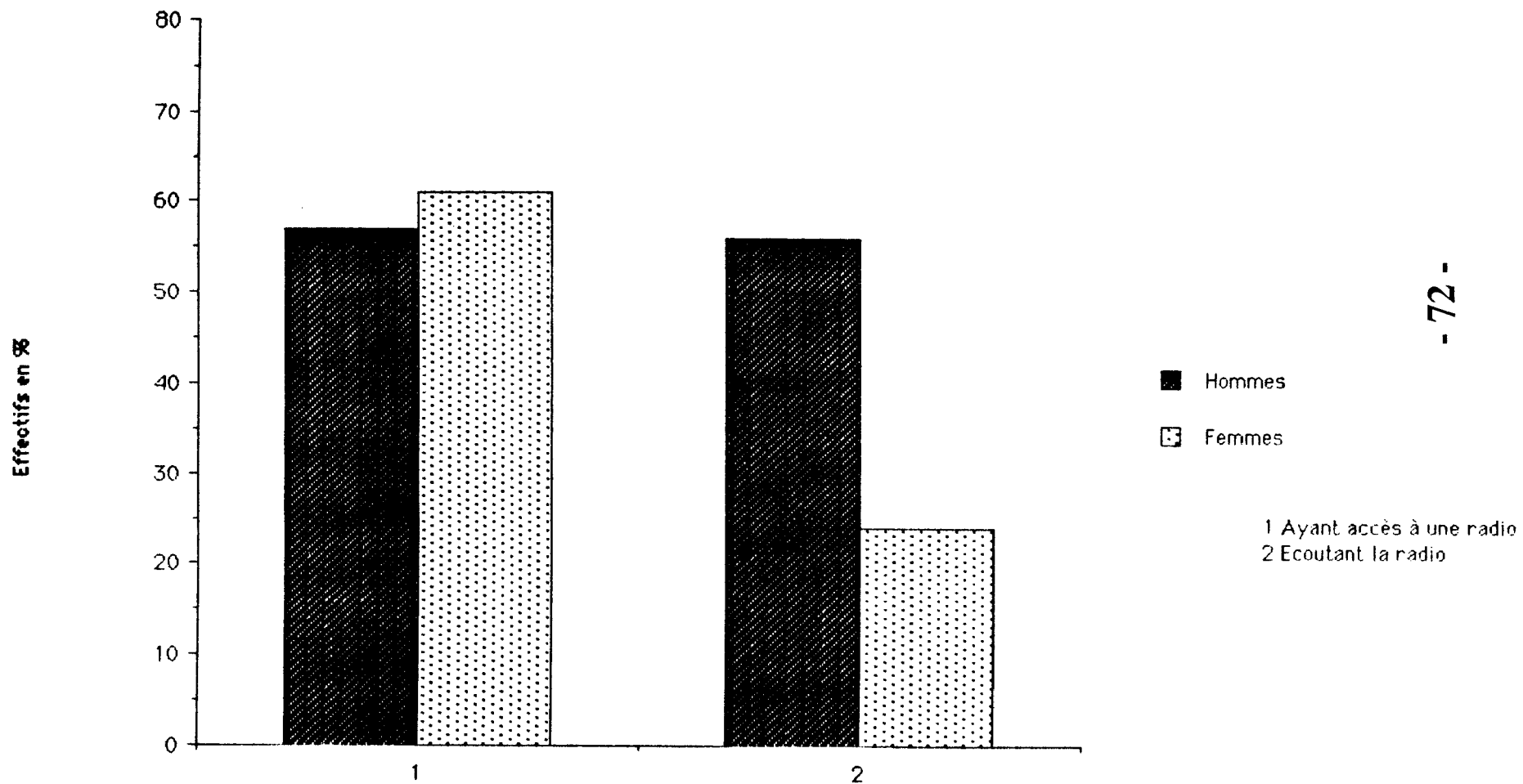


figure 10

**

ACCESSIBILITE A L'INFORMATION RADIO-DIFFUSEE



- 72 -

**

figure 11

Le résultat des questions sur l'accessibilité à l'information radio-diffusée est contenu dans le tableau n° 11.

On remarque tout de suite une grande variation en fonction du sexe (cf figure 11). En effet, 61% des femmes ont accès à un poste radio ; c'est-à-dire qu'elles en possèdent où habitent dans une cour où il y en a. Cependant 24% des femmes écoutent effectivement la radio. Chez les hommes, 57% de l'effectif interrogée ont accès à un poste radio et 56 % écoutent effectivement la radio.

Cette situation probablement une conséquence du rôle de l'homme dans la société : il est le chef ; il est aussi le gérant des biens. En général, c'est lui qui possède la radio. Les femmes en possèdent très rarement. Elles accomplissent leurs tâches quotidiennes à des heures où sont diffusées les émissions en direction du monde rural (07 heures, "La femme c'est le foyer", et 15 heures ; ce sont là généralement les heures d'émissions, de la radio nationale, en direction du monde rural).

Il serait souhaitable qu'une étude sur les meilleures heures d'écoute en milieu rural soit effectuée par la radio afin d'améliorer son audience. Cette étude pourrait prendre en compte des effectifs égaux de femmes et d'hommes de tranches d'âges différentes, dans un sondage par exemple.

Mais, il faut dire que les heures d'écoute ne sont pas le seul handicap à la diffusion des informations par la radio. En effet, si 24% des femmes interrogées écoutent souvent la radio, seulement 5,4% d'entre elles la considèrent comme la meilleure source d'information. De même, 56% des hommes l'écoutent régulièrement mais seulement 27,6% d'entre eux considèrent la radio comme meilleure source d'informations. Serait-ce la manière de présenter ou de débiter des sujets à la radio qui n'est pas appréciée ? Serait-ce l'éloignement géographique du présentateur qui crée cette préférence d'autres sources d'informations (plus proches celles-là : parents, amis, délégué du village..) ?

Ces questions pourraient être insérées dans l'étude sur les heures d'écoute, qui peut intégrer également le problème des prix d'achat des postes radio, que certains ont évoqué pendant l'enquête. Pour capter les émissions de Ouagadougou, il faut des types de postes radio dont le prix de vente minimal se situe autour de 4500 F CFA. Si une telle étude était

menée, elle permettrait de proposer des solutions qui amélioreraient la communication par la radio, avec ce village en particulier et, d'une manière générale, le monde paysan. Ce village, comme la plupart des 7100 villages du Burkina Faso (INSD, 1989), est enclavé ; la radio devrait pouvoir jouer un rôle efficace dans l'éducation et la sensibilisation des populations. Mais cela ne peut être possible que si elle connaît bien son auditoire, et ses exigences...

C - Connaissances spécifiques

1 - Méthodes contraceptives traditionnelles

** La seule méthode traditionnellement connue dans ce milieu est l'abstinence sexuelle (encore appelée "*abstinence post-partum*" ou "*abstinence périodique*"). Sa connaissance, selon les données que nous avons recueillies, est de 100% quel que soit le sexe, l'âge, le rang d'épouse, la descendance...

** Les personnes de notre échantillon nous ont dit n'avoir jamais entendu parler d'une autre méthode traditionnelle. Seul un homme de 65 ans, auquel nous en avons posé la question, nous a répondu << C'est vrai, on a souvent fait croire aux femmes que des méthodes traditionnelles existent. Mais c'est faux. C'est juste pour qu'elles ne refusent pas les rapports >> .

L'existence de contraceptifs traditionnels serait-elle un mythe ou une réalité ? En ce qui concerne l'étude de cas que nous avons menée, nous pouvons prétendre qu'il n'en existe pas. Nous pensons que si de telles méthodes avaient existé, nous en aurions eu l'évocation, ne serait-ce que d'une des personnes enquêtées. La grossesse et la mise au monde étant, pour cette population, des faits de Dieu (père créateur), il faut donc l'accepter.

Nous pensons donc que les propos recueillis, auprès de la personne âgée qui a accepté nous répondre sur le sujet, ne doivent pas être systématiquement rejetés. Cela est valable, même si ces propos n'autorisent en rien une généralisation à d'autres cas.

2 - Méthodes contraceptives modernes.

****** Elles peuvent se résumer, globalement, aux tableaux n°12a et n°12b. Il ressort de ces données que les connaissances de méthodes contraceptives modernes sont floues pour la plupart des personnes de l'échantillon et, très probablement, pour un rapport équivalent de l'ensemble de cette population.

En effet, le nombre des personnes connaissant des méthodes contraceptives est faible dans l'ensemble, tandis que les personnes n'ayant qu'une vague connaissance sont plus nombreux.

Notons que là encore l'écart lié à l'âge et au sexe sont très nets, comme le traduisent les figures n°12, 13 et 14.

****** On voit sur la figure n°12 que les hommes de moins de 20 ans sont les mieux informés. Toutefois cette donnée est à considérer suivant une certaine baisse, compte tenu de l'effectif de la classe. Cependant, le résultat reste valable dans le cadre de l'étude, compte tenu du sondage qui a été réalisé.

On constate par ailleurs que les femmes de moins de 25 ans ne connaissent aucune méthode moderne (figure 12).

Celles qui connaissent le plus de méthodes contraceptives sont âgées de 25 à 35 ans. Cela confirme les faits observés dans les connaissances : la majorité des femmes qui savent qu'une grossesse peut être évitée sans abstinence, appartiennent à cette classe d'âge. Faut-il lier cela à la baisse de la fécondité actuelle observée dans la tranche d'âge de 30-34 ans ? Nous ne saurions l'affirmer. Une autre étude s'avère indispensable pour déterminer cela.

****** La figure 13 permet d'apprécier l'ampleur des différences liées au sexe.

La figure 13 traduit également le problème global de l'assimilation des informations ; on voit que ce sont les hommes qui apprennent le plus les fausses informations. Cela se perçoit également dans la figure 14.

Ce sont surtout les hommes d'un certain âge qui sont concernés par ces types d'informations (au-delà de 35 ans).

Les femmes demeurent dans l'ignorance presque totale ; on peut donc supposer que les hommes sont à l'origine des informations erronées sur la PF.

Tableau n° 12a : Connaissances de méthodes contraceptives par les hommes

	H O M M E S							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 et+	
Effectifs enquêtés	1	6	19	10	19	20	19	94
Connaissent des méthode contraceptives autres que l'abstinence	1	-	1	-	1	2	-	5
Effectif%	100	-	5,3	-	5,3	10,0	-	5,3
En ont entendu parler	-	-	2	-	5	1	-	8
Effectif%	-	-	10,5	-	26,3	5,0	-	8,5

Source : notre enquête sur le terrain

Tableau n° 12b : Connaissances de méthodes contraceptives par les femmes

	F E M M E S							Total
	15-19 ans	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Effectifs enquêtés	8	19	17	13	15	13	8	93
Connaissent des méthode contraceptives autres que l'abstinence	-	-	1	1	-	-	-	2
Effectif%	-	-	5,9	7,7	-	-	-	2,2
En ont entendu parler	-	-	-	-	1	-	-	1
Effectif%	-	-	-	-	6,7	-	-	1,1

Source : notre enquête sur le terrain.

PERSONNES CONNAISSANT DES METHODES CONTRACEPTIVES SUIVANT L'AGE ET LE SEXE

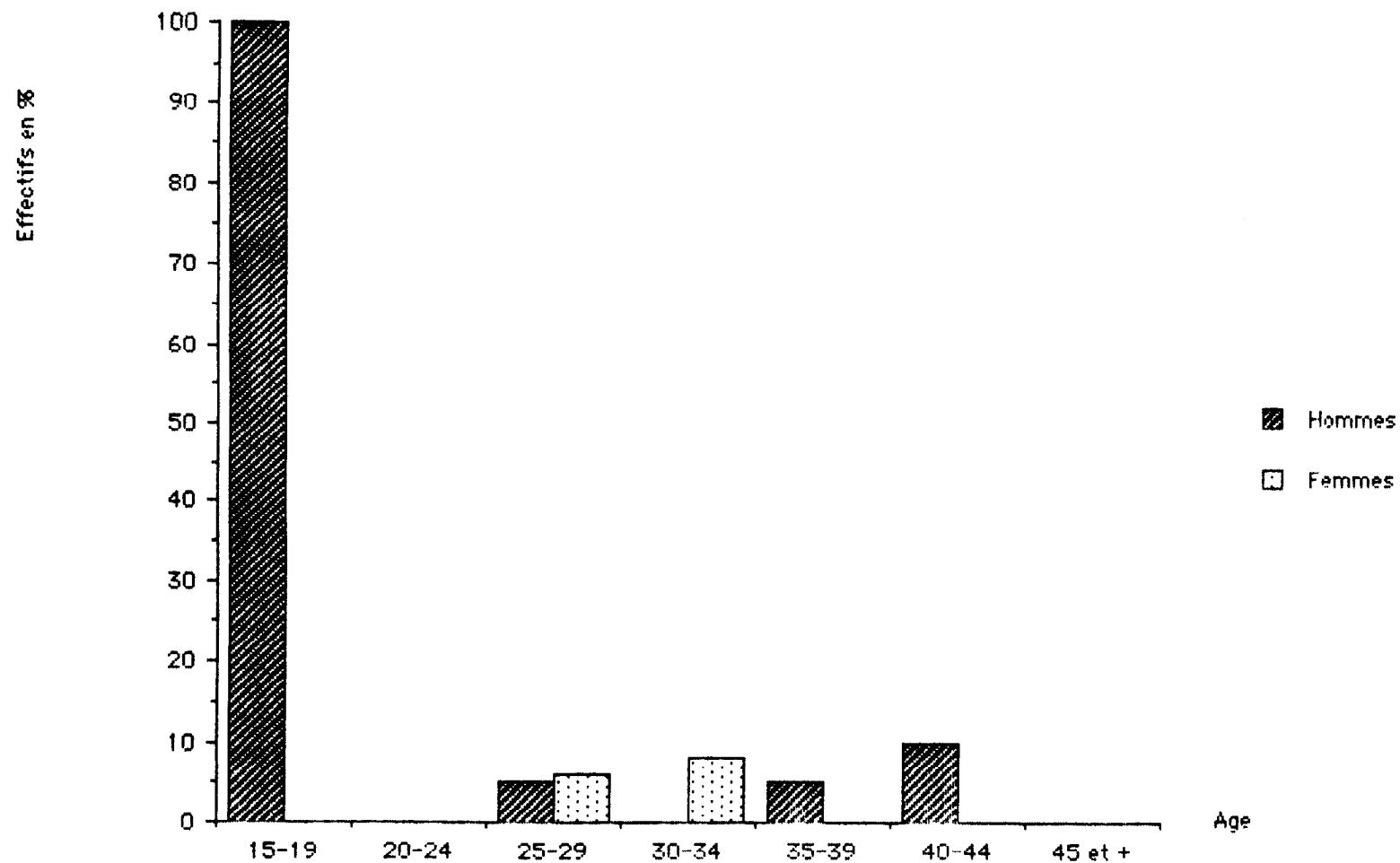


figure 12

**

**

CONNAISSANCE DE METHODES CONTRACEPTIVES SUIVANT LE SEXE

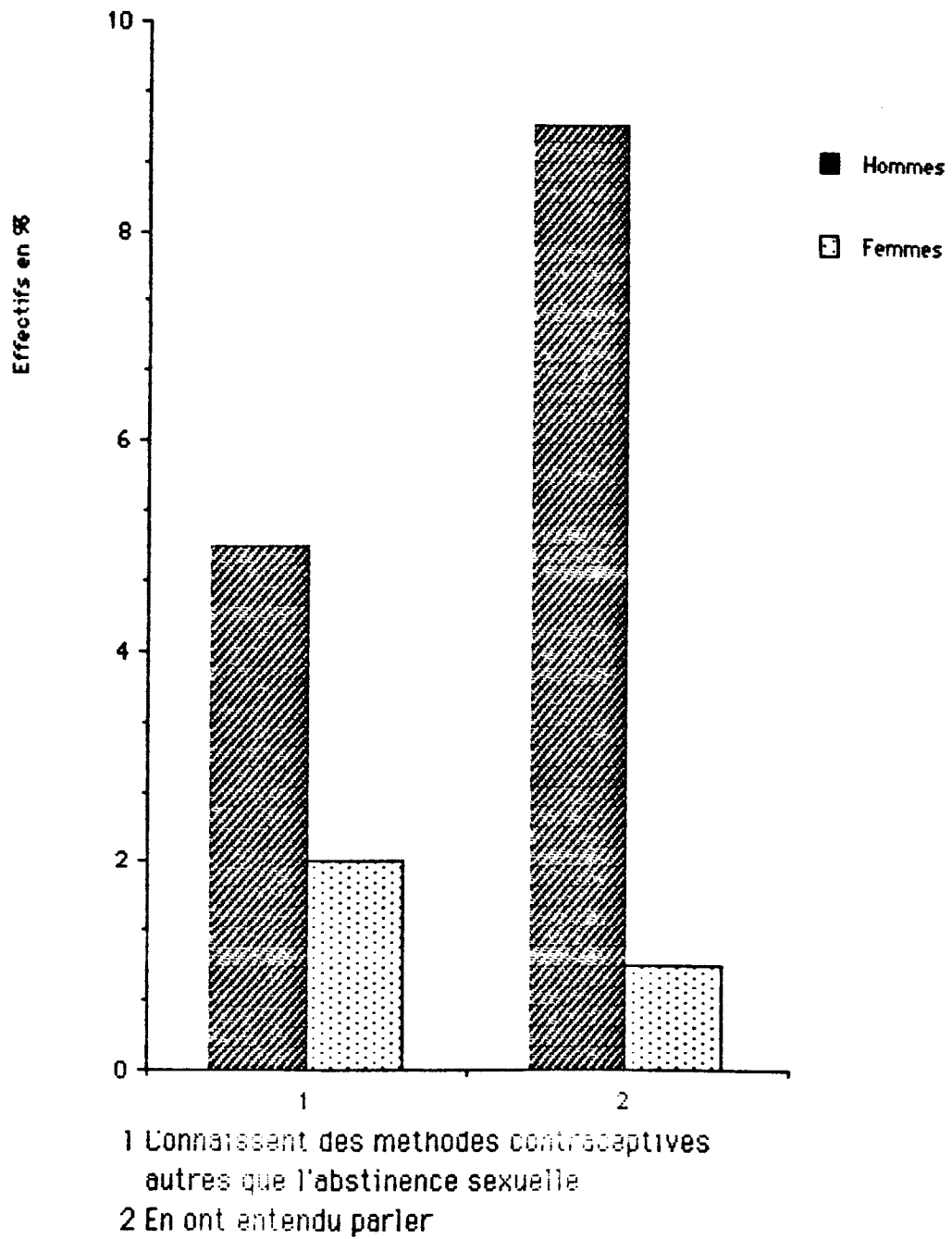
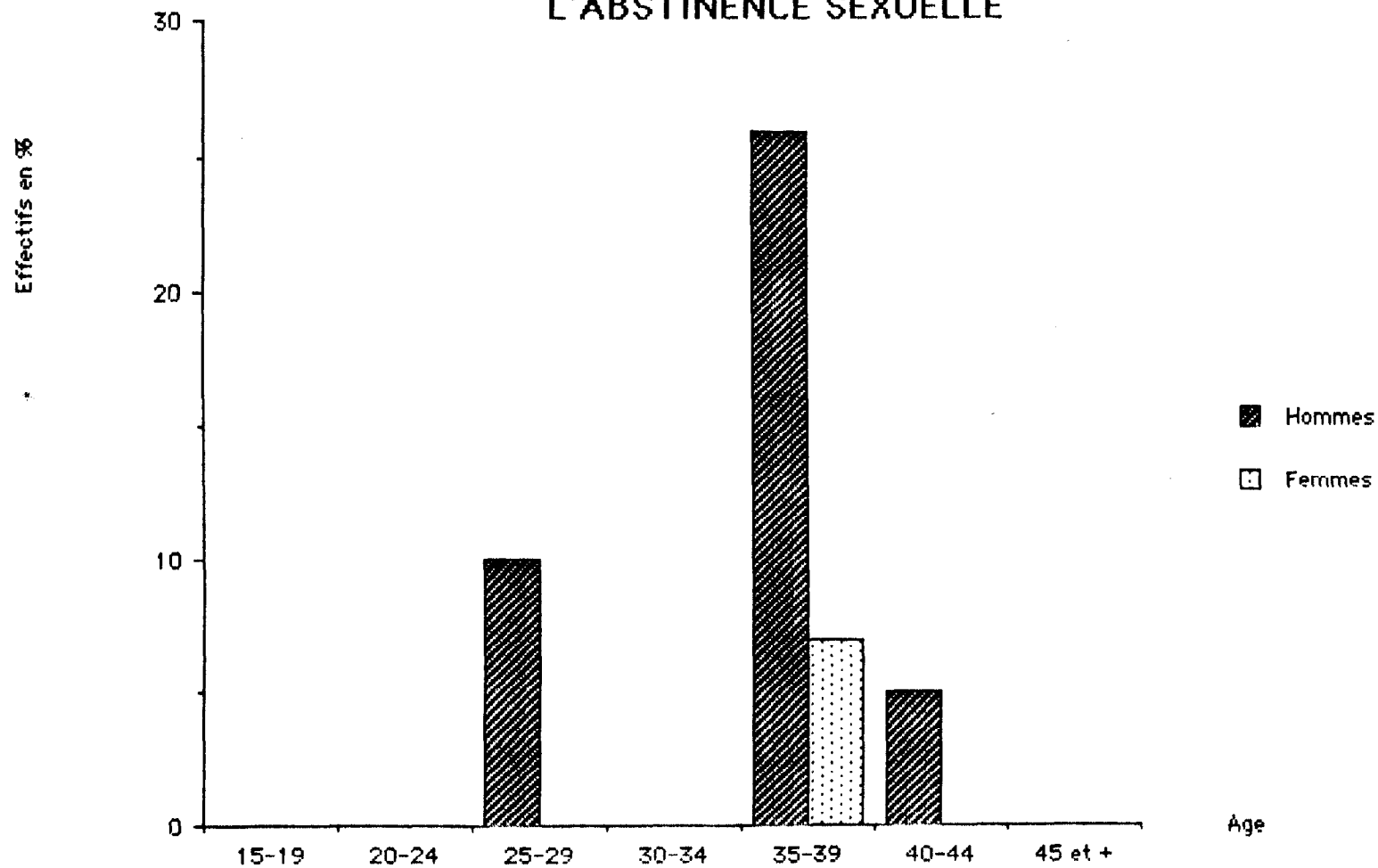


figure 13

PERSONNES AYANT ENTENDU PARLER DE METHODES CONTRACEPTIVES AUTRE QUE L'ABSTINENCE SEXUELLE



- 78 - bis

figure 14

**

**

** Il faut dire que de toutes les méthodes contraceptives modernes, seuls les condoms et les pilules contraceptives sont connues.

- Les connaissances sur le condom sont relativement bonnes, assez précises. Même si son évocation fait sourire de curiosité et de pudeur dans ce milieu, il faut dire que son usage est bien connu. Les hommes et les femmes ayant des connaissances spécifiques sur cette méthode contraceptive arrivent, tous à la définir et à expliquer son usage. Du fait de son usage simple, le condom inspire vraisemblablement la confiance de ceux qui en ont connaissance. Aucune crainte sur des conséquences liées à son utilisation ne nous a été mentionnée. Mais par pudeur, ceux-ci ne transmettent les connaissances acquises sur cette méthode que dans des cercles restreints d'amitié ou de parenté.

- La pilule contraceptive par contre est mal connue ; les 3 femmes de notre échantillon qui l'ont évoquée en ont simplement entendu parler et ne cachent pas leurs craintes et leur méfiance. Tous les hommes qui en ont eu connaissance appartiennent également au lot de ceux qui <<en ont entendu parler>>. Ceux-ci évoquent simplement <<des comprimés dont l'usage permettrait de ne pas faire d'enfants>>. Mais ils se demandent si ce n'est pas un produit destiné à mettre un terme à la fécondité des femmes de façon définitive. La seule évocation des pilules suscite des inquiétudes, quel que soit l'âge ou le sexe de l'interlocuteur. Depuis qu'ils en ont entendu parler, certains hommes ont même interdit à leurs femmes de fréquenter le CMH de Pissila. Lorsque, pour un mal quelconque, les agents de santé villageois ne parviennent pas à les guérir, leurs maris préfèrent recourir à des traitements traditionnels.

Dans notre enquête, trois femmes (soit 3,2% de l'effectif féminin enquêté) nous ont parlé de cas similaires dont elles auraient été victimes. Parmi les hommes, 11,7% de l'effectif enquêté nous ont déclaré ne plus accepter que leurs femmes se rendent au CMH de Pissila sans eux. L'un d'entre eux nous a déclaré : <<Mon fils est boy-cuisinier à Ouagadougou. Quand il est venu ici l'année dernière, il a dit que vous distribuiez des comprimés aux femmes en ville pour qu'elles cessent de faire des enfants ; ce n'est pas bien>>. Un autre nous a rapporté : <<J'ai appris au marché de Pissila, qu'à Ouagadougou vous ne voulez plus

venir nous aider à lutter contre la faim et la soif. C'est pourquoi vous voulez qu'on fasse moins d'enfants. Vous donnez des comprimés aux femmes pour tuer les enfants dans leur ventre. Comme ça vous dormez tranquilles et nous on disparaît petit à petit >>. Bien que cette affirmation soit erronée, nous pensons qu'il faut en tenir compte.

Plusieurs autres affirmations recueillies au cours de notre enquête confirment le flou des connaissances accumulées sur les pilules contraceptives.

- En ce qui concerne les autres méthodes contraceptives modernes, aucune des données recueillies auprès de la population ne nous permet d'en évoquer des connaissances, même vagues.

3 - Méthodes contraceptives empiriques

En ce qui concerne l'existence de méthodes empiriques, une seule des personnes interrogées, de sexe masculin, nous en a parlé.

Selon lui, il faut éviter les rapports sexuels pendant la pleine lune, car c'est à cette période que les femmes sont fécondes. Il détiendrait ces connaissances de ses parents.

Ceux-ci auraient vécu longtemps avec des peulhs, qui les leur ont enseigné. Cette méthode aurait été mise au point par une observation des périodes de "chaleur" chez les animaux. Il affirme avoir fait l'expérience de la méthode et se déclare satisfait des résultats obtenus.

Il va s'en dire qu'une étude des périodes fécondes des femmes, en rapport avec le calendrier lunaire, à partir d'un échantillon représentatif, pourra permettre de vérifier l'efficacité de cette méthode.

Mais quels sont, en fait, les comportements de la population en matière de planification des familles ?

Tableau n°13 : - Méthodes contraceptives connues

	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
Condoms		X		
Pilules				X

II - ATTITUDES DE LA POPULATION.

Les attitudes de la population, vis-à-vis de la planification familiale, sont positives. Toutefois on peut noter des variations suivant l'âge, le sexe, le rang ou le nombre d'épouses, la descendance...

A - Attitudes en fonction de l'âge et du sexe

Les attitudes en fonction de l'âge et du sexe sont résumées dans les tableaux n°14a et 14b.

1 - Attitudes en fonction de l'âge

Les comportements en fonction de l'âge sont résumés par les figures n°15, 16, 17 et 18. Compte tenu du paramètre commun (l'âge), on peut faire une approche comparative selon le sexe. On remarquera ainsi que :

a/ Pratiquement toute la population est favorable à l'**espacement des naissances** (figure n°15). Les cas de refus d'espacer les naissances, rencontrés chez les femmes, peuvent être liés à la crainte du mari assistant à l'interrogation ; malheureusement nous avons omis de préciser, sur les fiches individuelles d'enquête, les femmes qui ont été dans cette situation. Ce qui ne nous permet pas d'être plus précis sur ce détail.

b/ Les comportements, vis-à-vis de la **limitation des naissances** (figure 16), sont cependant très variables suivant l'âge et les différences selon le sexe sont relativement importants. Ces différences sont surtout remarquables entre 25 et 34 ans et au-delà de 45 ans : on note une plus grande disponibilité des femmes à limiter les naissances, par rapport aux hommes, dans ces tranches d'âges.

c/ Le **désir d'utiliser des contraceptifs** (figure 17) est très peu variable selon l'âge, pour chaque sexe. Les variations qui apparaissent selon le sexe diminuent au fur et à mesure que l'âge augmente.

Tableau n°14b : Attitudes des hommes suivant l'âge

	H O M M E S							Total
	15-19 ans	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 et+	
Effectifs enquêtés	1	6	19	10	19	20	19	94
Favorables à l'espace- ment des naissances	1	6	19	10	19	20	19	94
Effectifs%	100	100	100	100	100	100	100	100
Favorables à la limita- tion des naissances	-	2	2	2	8	6	3	23
Effectifs%	-	33,3	10,5	20,0	42,1	30,0	15,8	24,5
Désireraient utiliser des contraceptifs	1	5	18	9	15	17	17	82
Effectifs%	100	83,3	94,7	90	79	85	89,5	87,2
Accepteraient que leur partenaire en utilise	1	5	14	7	12	12	12	63
Effectifs%	100	83,3	73,7	70,0	63,1	60	63,1	67,0

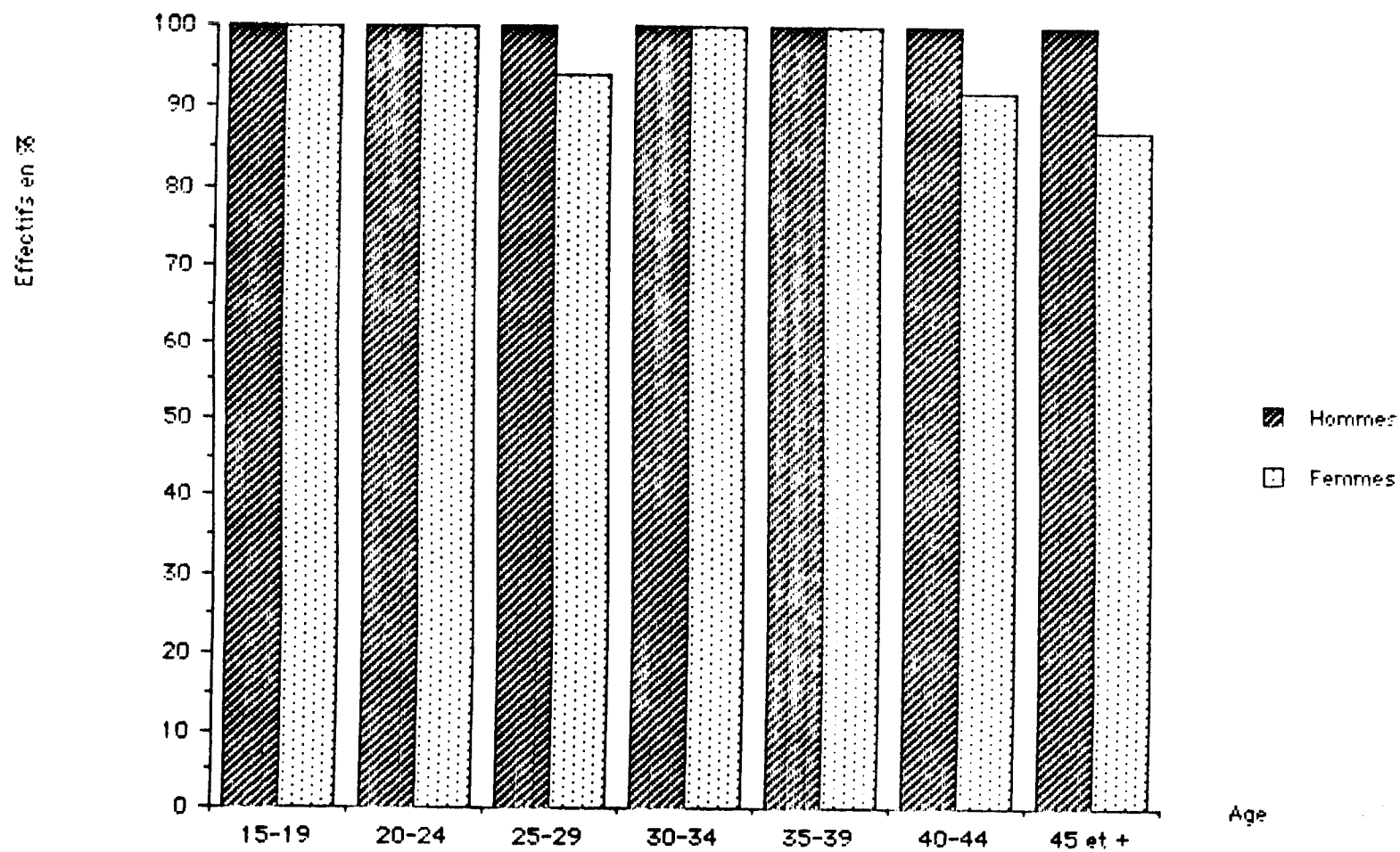
Source : notre enquête sur le terrain.

Tableau n°14a : Attitudes des femmes suivant l'âge

	F E M M E S							Total
	15-19 ans	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Effectifs enquêtés	8	19	17	13	15	13	8	93
Favorables à l'espace ment des naissances	8	19	16	13	15	12	7	90
Effectifs%	100	100	94,1	100	100	92,3	87,5	96,8
Favorables à la limita- -tion des naissances	4	3	6	7	3	2	4	29
Effectifs%	50,0	15,8	35,3	53,8	20,0	15,4	50,0	31,2
Désireraient utiliser des contraceptifs	6	14	12	11	12	11	7	73
Effectifs%	75,0	73,7	70,6	84,6	80,0	84,6	87,5	78,5
Accepteraient que leur partenaire en utilise	6	13	9	9	11	10	7	65
Effectifs%	75,0	68,4	53,0	69,2	73,3	77,0	87,5	69,9

Source : notre enquête sur le terrain.

PERSONNES FAVORABLES A L'ESPACEMENT DES NAISSANCES



- 85 -

figure 15

PERSONNES FAVORABLES A LA LIMITATION DES NAISSANCES

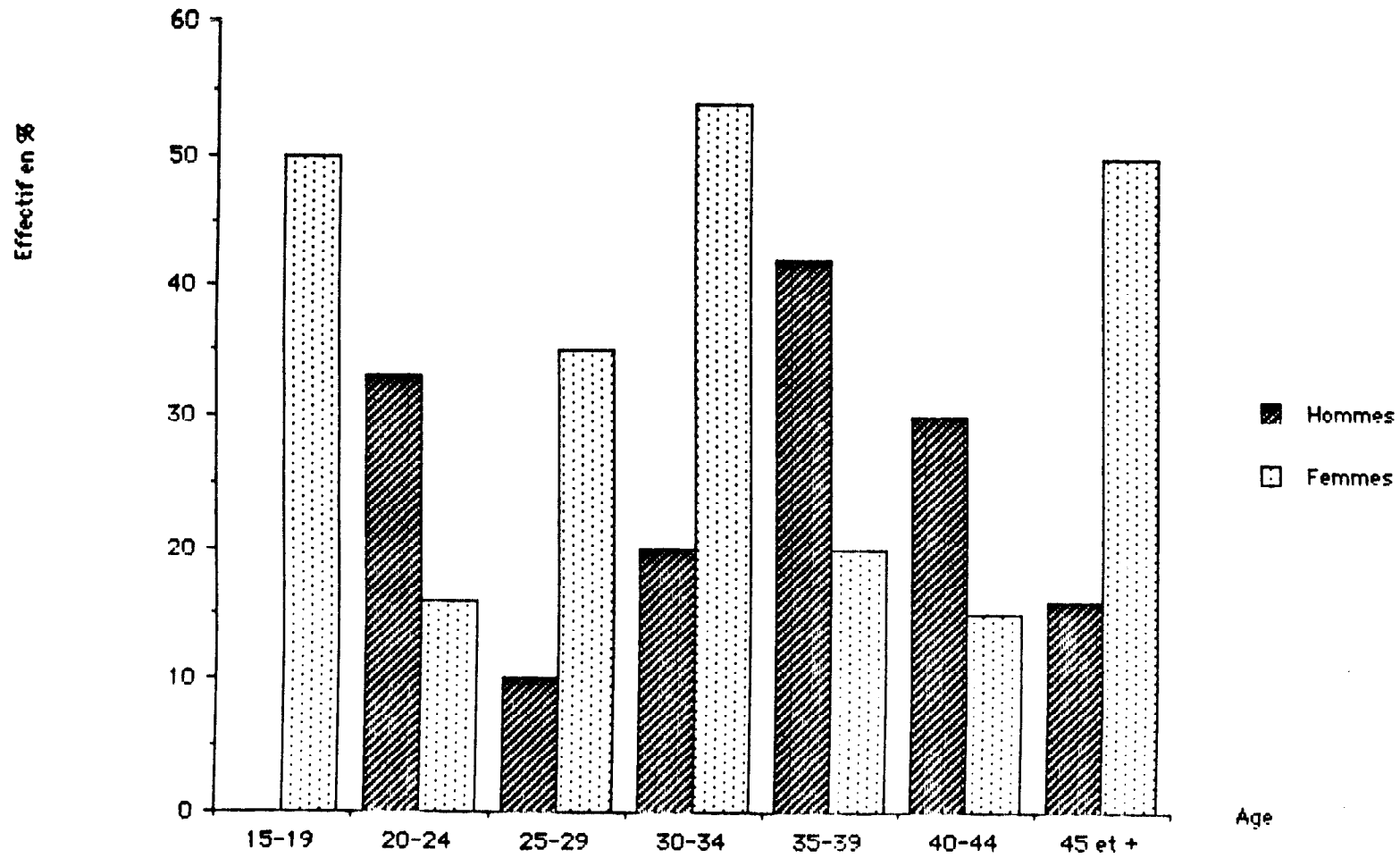


figure 16

PERSONNES DESIRANT UTILISER DES CONTRACEPTIFS

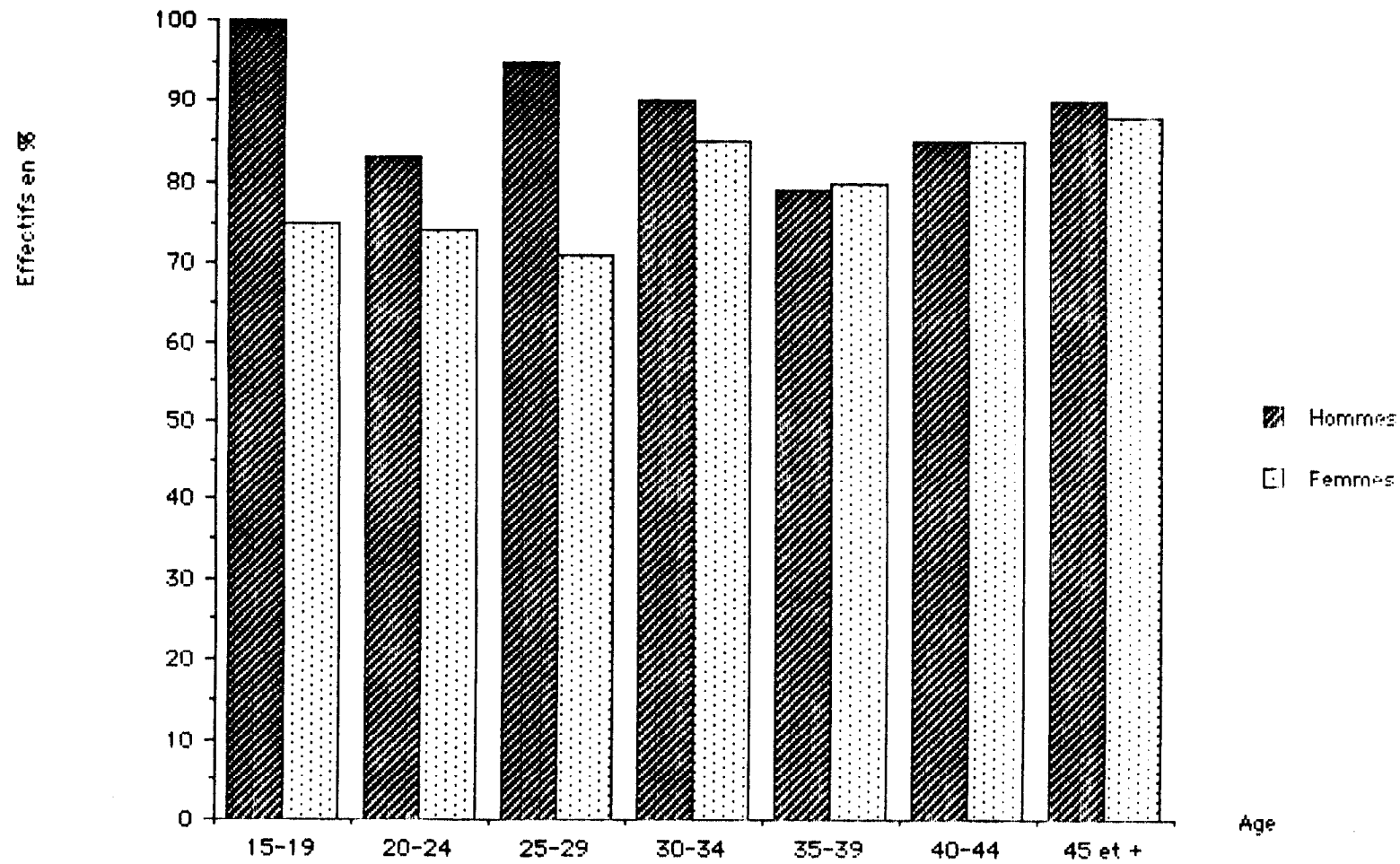


figure 17

PERSONNES QUI ACCEPTERAIENT QUE LEURS PARTENAIRES UTILISENT DES CONTRACEPTIFS

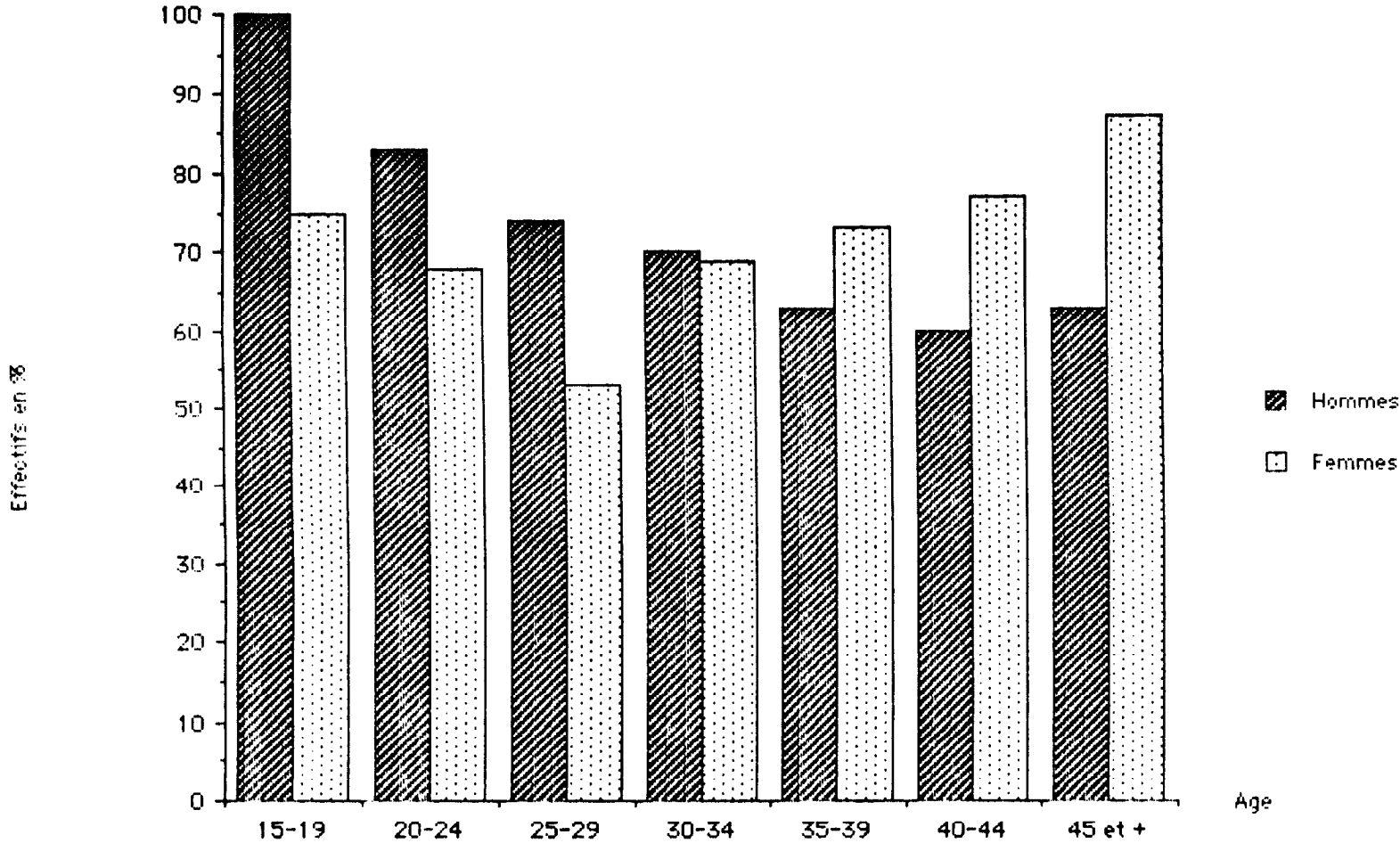


figure 18

**

d/ **L'acceptation de la contraception, pour le (ou la) partenaire (figure 18), évolue cependant inversement en fonction de l'âge, selon le sexe : il décroît presque régulièrement chez les hommes et croît presque régulièrement chez les femmes.**

2 - Attitudes en fonction du sexe

La figure n°19 résume les comportements selon le sexe.

On voit que les femmes, comme les hommes, sont, pratiquement toutes, favorables à l'espacement des naissances.

Les femmes sont, par ailleurs, plus favorables à la **limitation des naissances** que les hommes : 31,2% contre 24,5%. Nous pensons que les souffrances probables, endurées au cours de leur vie passée, sont à l'origine de ce désir qui traduit une certaine prise de conscience des maternités nombreuses...

L'analyse de leur comportement en fonction de la descendance nous permettra d'en savoir davantage.

Cependant, les femmes désirent moins **utiliser des contraceptifs** que les hommes, respectivement : 78,5% et 87,2%. Elles souhaitent plus que ce soit l'homme qui en utilise. <<C'est mon mari qui est mon propriétaire. C'est lui qui doit décider>> nous a déclaré une jeune femme. Cet esprit de soumission à l'homme, acquis par l'éducation (cf CHAPITRE 2, II-3), s'est manifesté dans les réponses de plusieurs autres femmes de notre échantillon. <<De toutes les façons, je ne peux rien faire s'il n'est pas d'accord. C'est donc mieux que ce soit lui qui décide d'utiliser des contraceptifs>> nous a répondu une autre, qui prétendait ne pas en être intéressée (tout en étant d'accord pour une utilisation éventuelle de contraceptifs par son époux).

Plusieurs déclarations du même genre nous font croire que ces femmes sont, en réalité, intéressées par l'usage de contraceptifs ; la peur de la colère de l'homme, de l'époux, expliquerait les réponses négatives cependant données par elles.

Si les hommes sont plus favorables à l'utilisation des contraceptifs, c'est pour mieux espacer leurs naissances. Mais ils refusent, pour la plupart, de limiter leurs naissances. C'est peut-être aussi, l'une des raisons pour lesquelles ils sont moins favorables à l'usage de contraceptifs par les femmes.

La raison souvent évoquée est l'*infidélité* : <<La femme n'est pas comme l'homme. Elle est comme un enfant, elle fait des choses par caprices. Si on lui donne des contraceptifs, elle peut tromper son mari. Elle peut aussi arrêter ses naissances, sans l'accord de son mari>>, nous a déclaré un des hommes hostiles à l'usage de contraceptifs par les femmes. <<Une femme ne peut pas dire qu'elle veut ce genre de médicaments...qu'est-ce qu'elle va en faire ?>>, nous demande un autre. Beaucoup d'autres hommes ont répondu de façon similaire. L'hostilité masculine, à l'usage des contraceptifs par les femmes est remarquable.

Il faut dire que nous avons eu l'impression que c'est plus la crainte de voir la femme décider librement de son sort qui les inquiète. <<Ce n'est pas à la femme de décider de ce qui est bien ici...d'ailleurs, elle-même ne se commande pas.>>, nous dit un homme de manière ferme. Ce genre de réponses, nous en avons eues ; et elles venaient conforter nos pressentiments...Mais, nous nous sommes gardé d'en discuter avec ces hommes, pour ne pas porter préjudice au lien utile que nous avons eu du mal à tisser entre eux et nous (pour les fins de notre enquête).

Les hommes favorables à l'utilisation de contraceptifs par leur(s) femme(s) ne manquent pas d'arguments : <<Ce n'est pas bien de trop surveiller la femme. Elle n'est plus un enfant. Elle doit savoir ce qu'elle fait, même quand c'est mal elle a ses raisons>>, nous dit un de ces hommes, réfutant le prétexte de "l'infidélité". Nous avons enregistré aussi d'autres réponses similaires : <<De toutes façons, si ma femme veut me tromper, je ne peux pas l'en empêcher... Et puis, si elle estime qu'elle a suffisamment d'enfants, c'est son problème. Moi je peux en faire encore avec d'autres femmes si je veux>>. Heureusement pour les femmes de ce village que certains hommes commencent à penser ainsi...

On peut aussi se demander aussi si les attitudes des hommes ou des femmes ne sont pas influencées par le nombre de femmes ou le rang d'épouse qu'ils ont.

B - Attitudes en fonction du rang ou du nombre d'épouses.

On a ici deux paramètres différents. Il s'agira donc d'étudier chaque cas isolément, en fonction de son paramètre de référence.

1 - Attitudes selon le rang d'épouse

Les attitudes observées chez les femmes, selon leur rang d'épouses sont contenues dans le tableau 15 et la figure n°20.

En ce qui concerne l'espacement des naissances, nous constatons que les femmes secondes épouses sont à 100 % favorables. Ce qui n'est pas le cas des autres rangs d'épouses. Mais nous pensons que cela n'a pas une signification réelle (cf ce que nous disions dans le paragraphe précédant et ce qui est constaté au CHAPITRE 5, III-1).

Quant à la limitation des naissances, les femmes sont en général opposées : on note une moyenne d'environ 60% d'opposition à la limitation des naissances, quel que soit le rang d'épouse. Toutefois, les femmes troisièmes épouses semblent les plus favorables à la limitation des naissances, de même que les femmes premières épouses (cf figure n°20).

Peut-être cela est-il lié au devenir des descendance (*"nivellement par la mortalité"*) ; celles qui sont mariées depuis longtemps sont celles, en général, dont les descendance ont été les plus soumises à la mortalité (cf figure n°3). La crainte de perdre tous ses enfants, ou la volonté de remplacer ceux qui sont décédés, entraînerait le désir d'une forte maternité. L'attitude des femmes, premières épouses, se justifierait alors par leur âge, généralement avancé.

Nous verrons si ce désir est réellement lié à la descendance (au CHAPITRE 5, II-C).

**** Tableau n°15 : Attitudes des femmes en fonction du rang d'épouse**

Rang d'épouse	Effectif total dénombré	Espacement des naissances		Limitation des naissances	
		Favorable %	Défavorable %	Favorable %	Défavorable %
1ère épouse	51	47 92,2	4 7,8	17 33,3	34 66,7
2ème épouse	21	21 100	- -	4 19	17 81
3è épouse et+	17	16 94,1	1 5,9	7 41,2	10 58,8

Source : notre enquête sur le terrain

Tableau n°16 : Attitudes des hommes en fonction du nombre d'épouses.

Nombre d'épouses	Effectif	Espacement des naissances		Limitaton des naissances	
		Favorable %	Défavorable %	Favorable %	Défavorable %
1 seule	49	49 100	- -	9 18,4	40 81,6
2 épouses	23	23 100	- -	12 52,2	11 47,8
3 et +	22	22 100	- -	3 13,6	19 86,4

Source : notre enquête sur le terrain

2 - Attitudes selon le nombre d'épouses

L'attitude des hommes en fonction du nombre d'épouses peut être résumé dans le tableau n° 16.

Le tableau n°16 et la figure 21 nous permettent de confirmer que les hommes sont tous favorables à l'espacement des naissances.

Les hommes ayant 3 femmes et plus, sont les plus défavorables à la limitation des naissances. Pourquoi cette situation ?

Peut-être que les hommes mariés à 3 femmes et plus sont les plus conservateurs, du fait de leur âge généralement avancé, ce qui justifierait leur faible désir de limitation des naissances. Peut-être aussi qu'il existe une autre explication non mise en évidence par nous.

Les plus favorables à la limitation des naissances sont des hommes bigames. Cette dernière situation peut s'expliquer par le fait que les monogames sont pour la plupart relativement jeunes. Leur tendance à la polygamie est générale, et leur descendance relativement peu élevée.

L'analyse des attitudes féminines et masculines, en fonction des descendance atteintes observées, est indispensable à une meilleure compréhension.

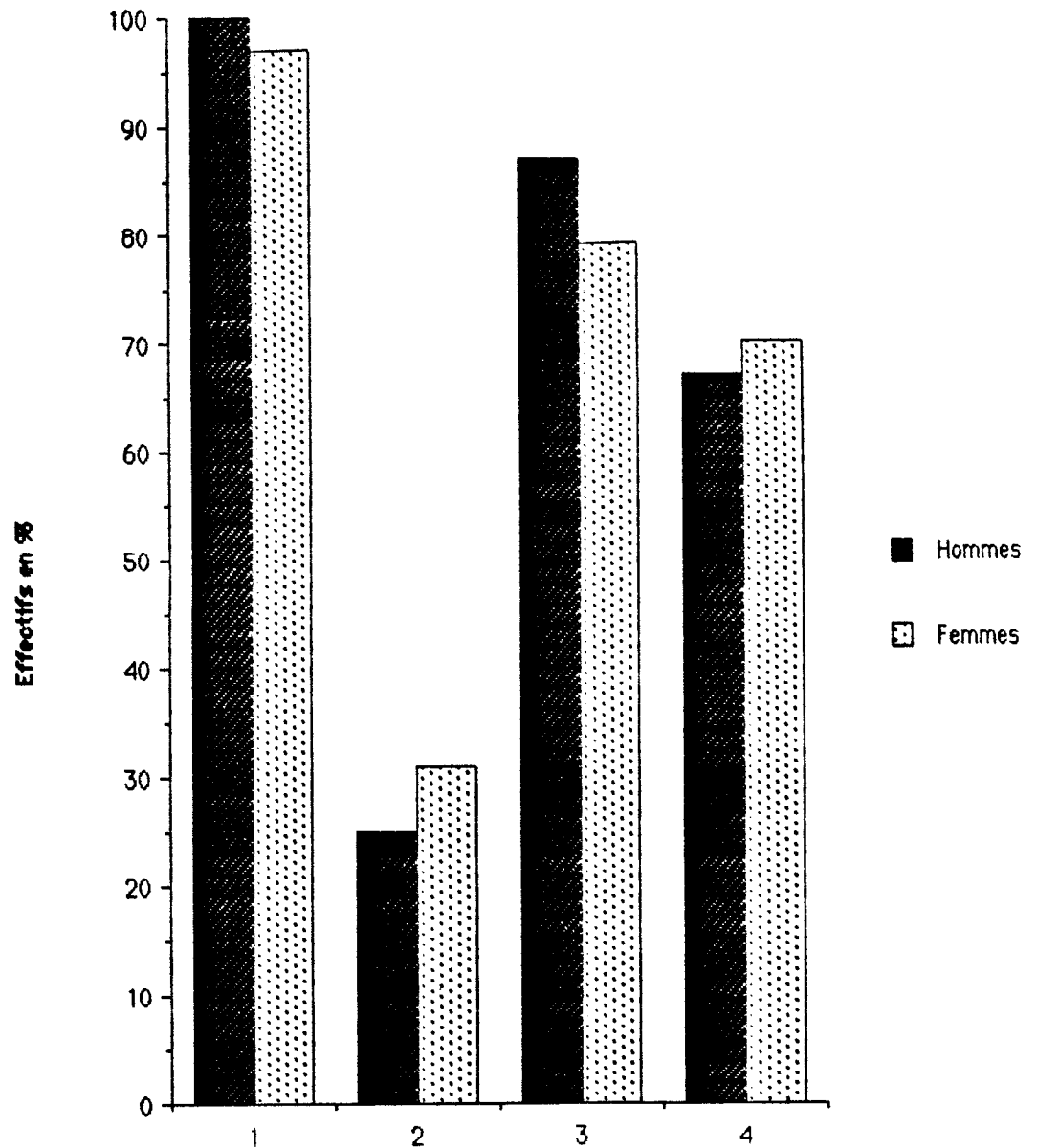
C - Attitudes en fonction de la descendance.

On a ici un paramètre commun : la *descendance*. Nous allons donc procéder à une étude comparative selon le sexe et suivant la descendance ; ce qui nous permettra de voir s'il n'y a pas de divergence entre les deux sexes.

Le tableau n°17 montre les comportements des hommes en fonction des descendance atteintes.

Quant aux comportements des femmes, ils sont rassemblés dans le tableau n° 18.

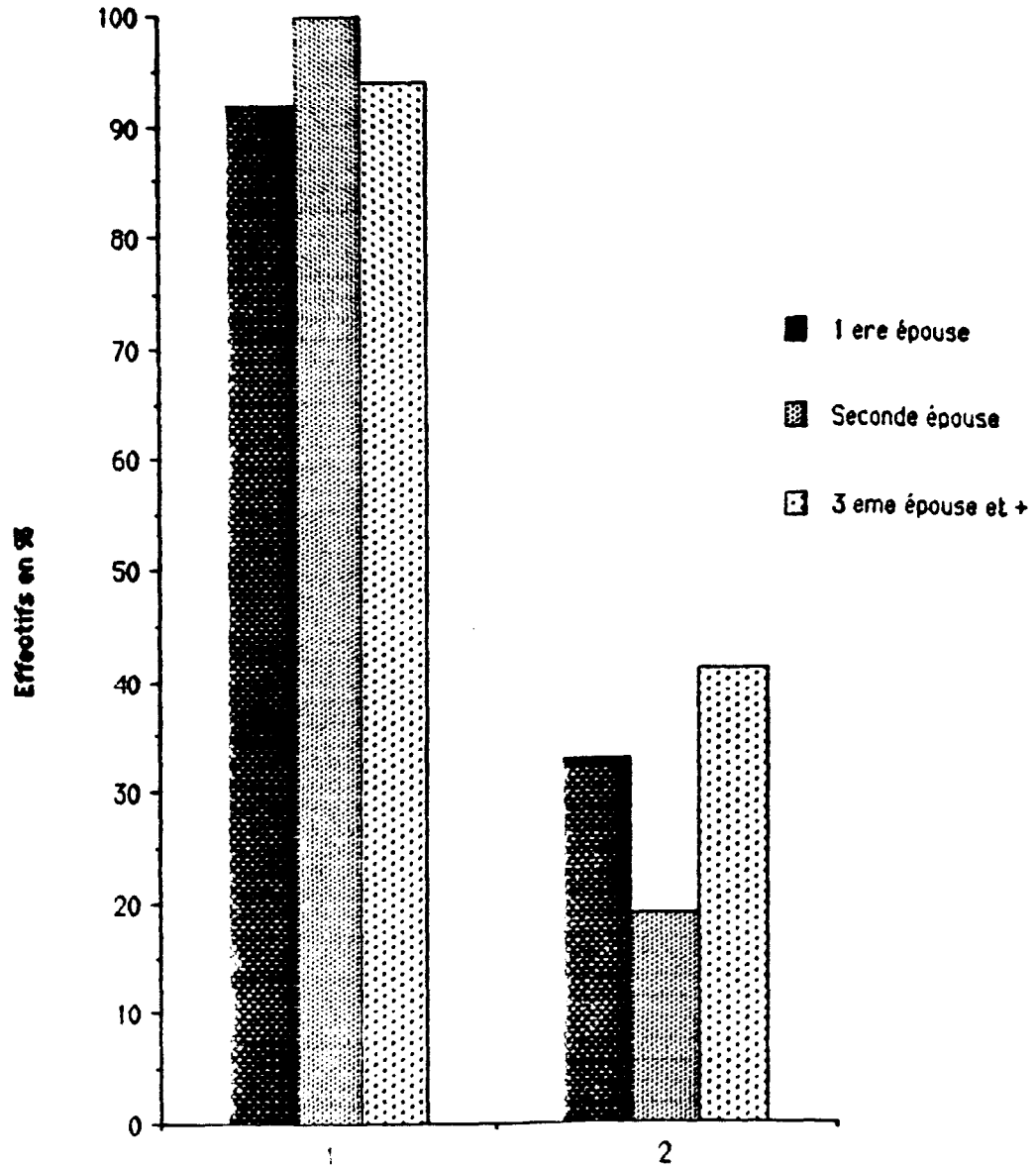
ATTITUDES DE LA POPULATION VIS A VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE



- 1 Personnes favorables à l'espacement des naissances
- 2 Personnes favorables à la limitation des naissances
- 3 Personnes désirant utiliser des contraceptifs
- 4 Personnes qui accepteraient que leurs partenaires utilisent des contraceptifs

figure 19

ATTITUDE DES FEMMES EN FONCTION DU RANG D'EPOUSE

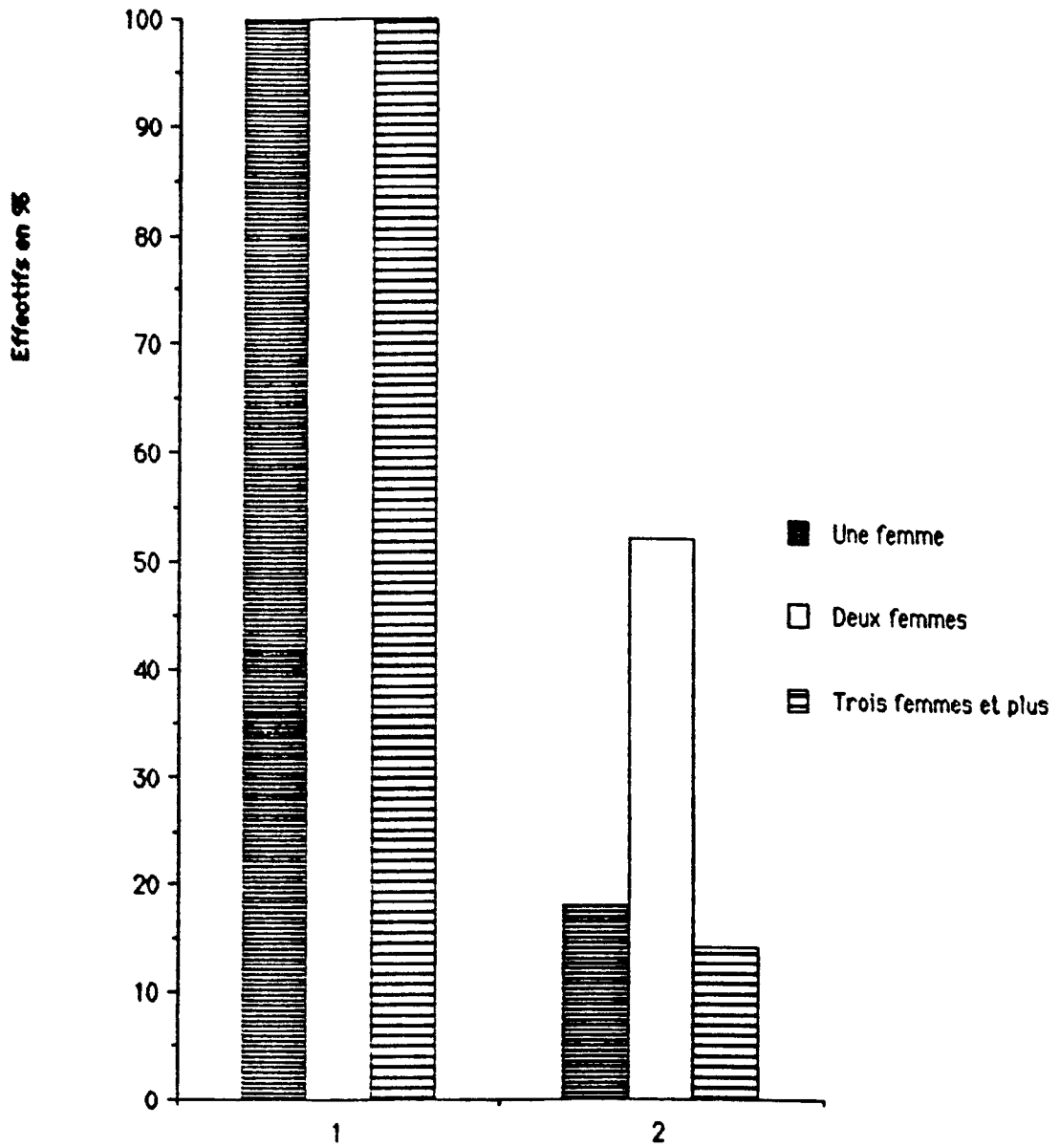


1 Favorables à l'espacement des naissances
2 Favorables à la limitation des naissances

figure 20

**

ATTITUDES DES HOMMES EN FONCTION DU NOMBRE D'EPOUSES



1 Favorables à l'espacement des naissances
2 Favorables à la limitation des naissances

Figure 21

****Tableau n° 17 : Attitudes des hommes suivant les descendances atteintes observées.**

Nombre d'enfants	Effectif	Espacement des naissances		Limitation des naissances					
		Favorable %	Défavorable %	Favorable %	Défavorable %				
mois de 4	51	51	100	-	-	10	19,6	41	80,4
de 4 à 6	17	17	100	-	-	8	47	9	53
plus de 6	26	26	100	-	-	6	23,1	20	76,9

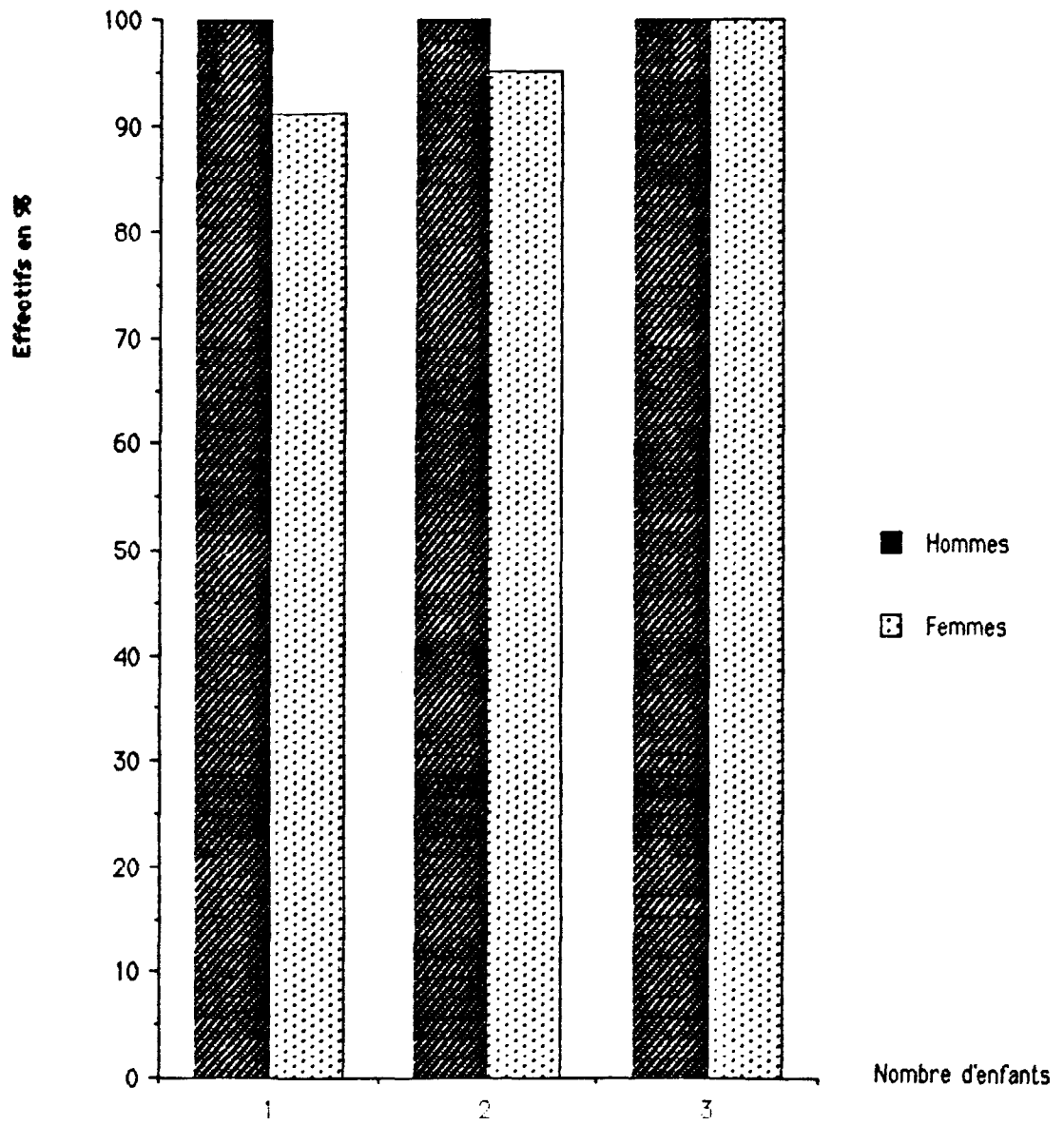
Source : notre enquête sur le terrain

Tableau n° 18 : Attitudes des femmes en fonction de la descendance.

Nombre d'enfants	Effectif	Espacement des naissances		Limitation des naissances					
		Favorable %	Défavorable %	Favorable %	Défavorable %				
moins de 4	46	42	91,3	4	8,7	11	23,9	35	76,1
de 4 à 6	18	17	94,5	1	5,5	8	44,4	10	55,6
plus de 6	25	25	100	-	-	9	36	16	64

Source : notre enquête sur le terrain

PERSONNES FAVORABLES A L'ESPACEMENT DES NAISSANCES



- 1 Ayant moins de 4 enfants
- 2 Ayant 4 à 6 enfants
- 3 Ayant plus de 6 enfants

figure 22

**PERSONNES FAVORABLES A
LA LIMITATION DES NAISSANCES**

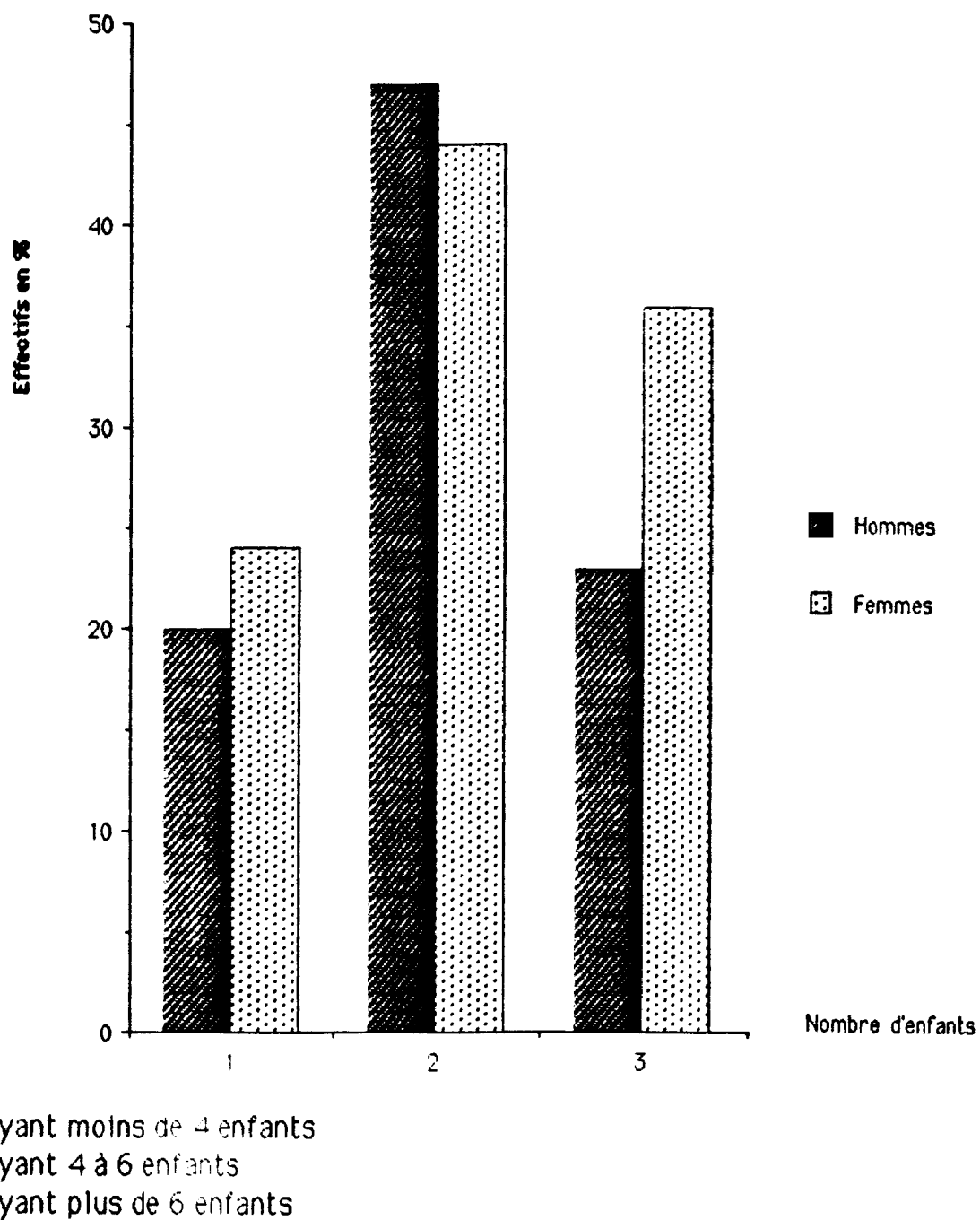
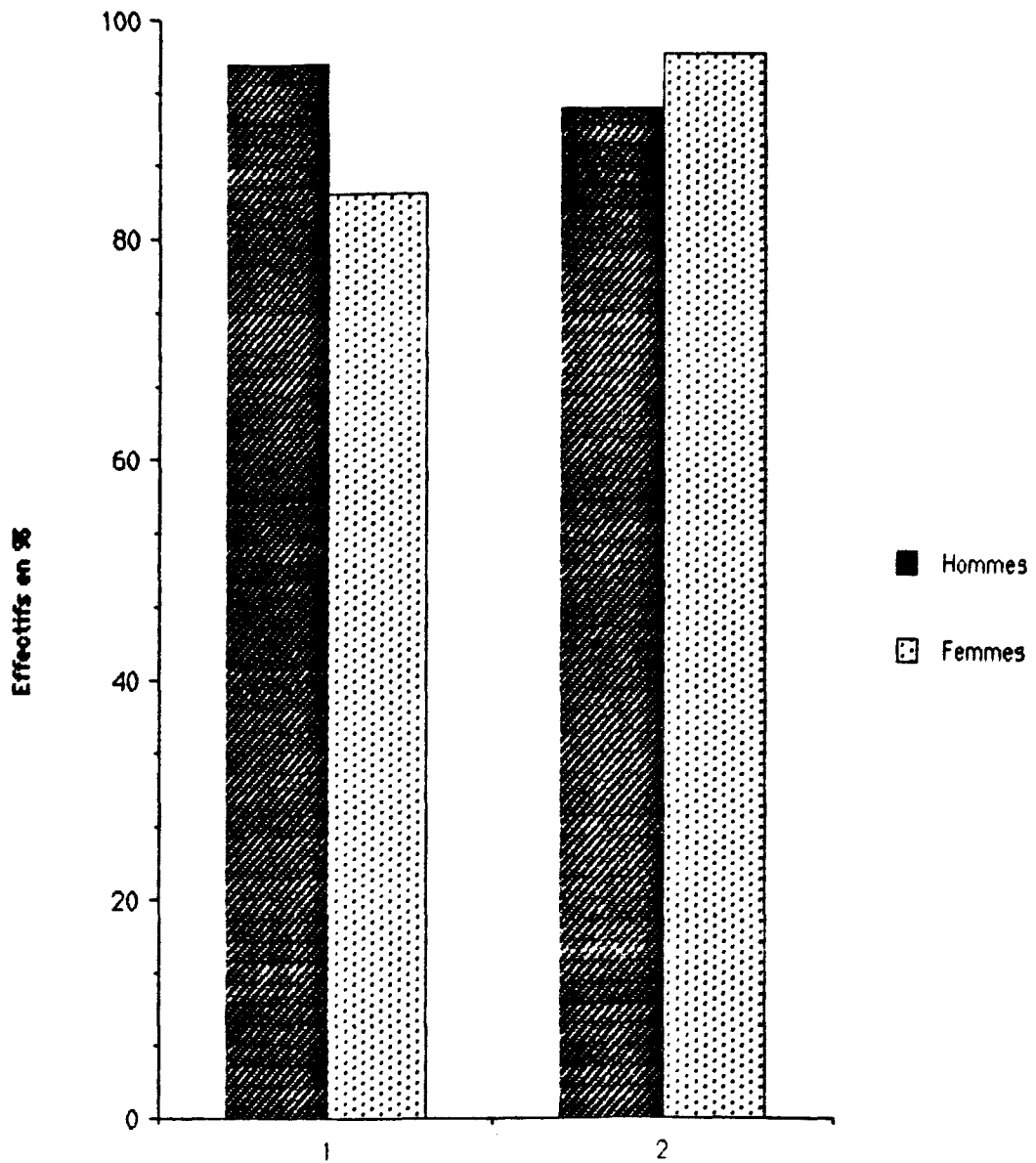


figure 23

ATTITUDE DES PERSONNES VIS A VIS DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PF



1 Désirant suivre un enseignement de planification familiale
2 Accepteront que leurs enfants suivent des enseignements de planification familiale

On constate que les hommes et les femmes demeurent favorables à l'espacement des naissances. Le nombre d'enfants n'a pas une influence notable sur ce comportement (figure n°22). Nous pensons que l'attitude des femmes, constatée ici, est liée aux raisons précédemment évoquées (CHAPITRE 2, II-A & B).

Les comportements fluctuent cependant, quand il s'agit d'adopter ou non la limitation des naissances (figure n°23).

Ainsi, on voit que les femmes et les hommes ayant moins de 4 enfants sont moins favorables à la limitation des naissances.

Les plus disposés à limiter leurs naissances sont les femmes et les hommes ayant 4 à 6 enfants.

Ceux qui ont plus de 6 enfants sont moins ouverts à la limitation avec une différence remarquable entre les hommes et les femmes : les premiers étant encore moins favorables que les secondes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce sont les femmes qui portent les grossesses. La charge éducative des enfants leur incombe également (cf CHAPITRE 2, II-3). L'expérience, au bout de 6 grossesses, finit par réduire la considération traditionnelle de la procréation qu'elles avaient.

Les hommes, qui ne portent pas de grossesses, ressentent moins le mal et la nécessité pour la femme de limiter le nombre de grossesses. En général, ceux qui ont plus de 6 enfants sont d'un âge relativement avancé et demeurent, par conséquent, souvent accrochés aux valeurs traditionnelles.

D - Arguments favorables et défavorables.

Les arguments avancés sont divers, que l'on se situe dans le camp de ceux qui souhaitent voir se mettre en place une politique de planification familiale dans le village, ou que l'on soit dans le camp de ceux qui y sont hostiles.

1 - Arguments favorables

a - Le premier argument est celui du niveau de vie.

La pluviométrie, irrégulière dans le temps et dans l'espace, l'appauvrissement des sols dû en bonne partie à l'action de l'homme, rendent l'existence des familles précaire. La plupart d'entre elles migrent pendant la saison des pluies, vers les terres des villages voisins (Bangamiougou, Tibtenga, Moorédaaga) pour cultiver. Un homme de 67 ans nous a déclaré : <<Avant, les pluies étaient bonnes et les terres cultivables. Avoir beaucoup d'enfants permettait d'être plus riche. Aujourd'hui, même avec beaucoup d'enfants et en travaillant beaucoup, c'est à peine si on gagne de quoi se nourrir.>>.

b - La santé de la mère et de l'enfant est bien perçue par les populations qui souhaitent pouvoir mieux espacer leurs naissances.

<<Autrefois, les parents arrivaient à s'abstenir de relations sexuelles pendant l'allaitement de l'enfant. La mère ne devait pas fréquenter la case du père avant que l'enfant n'ait deux ans révolus. Il y avait des sanctions pour ceux qui ne respectaient pas cela. Mais aujourd'hui, les jeunes voyagent, se promènent et prennent de mauvaises habitudes. Ils rejoignent eux-mêmes les femmes dans leurs cases>>, nous dit un autre homme âgé.

Ces jeunes qui n'arrivent plus à pratiquer totalement l'abstinence sexuelle, désirent cependant pouvoir espacer les naissances. Ils sont conscients du fait que les grossesses rapprochées menacent la vie de l'enfant, qui est nourri au sein, et la santé de sa mère. Mais bien souvent c'est le désir sexuel qui domine la volonté d'espacer les naissances : <<Il y en a qui battent même leurs femmes quand elles refusent ; c'est honteux. Tout se perd !>> nous confie le même vieux.

c - Le désir de limiter les naissances, manifesté par 25,5 % des hommes et 31,5 % des femmes (cf figure n°19), est un argument favorable à la planification familiale.

<<Avoir beaucoup d'enfants aujourd'hui est un problème grave. Non seulement il faut les nourrir mais il faut les soigner. Or il y a trop de maladies. Mais la terre est devenue

mauvaise et les pluies rares...>> nous confie un jeune de 29 ans, favorable à la limitation des naissances.

En l'absence de toute campagne de planification familiale dans ce village, jusqu'à la date de notre enquête, le désir de limiter les naissances est très important (cf taux précités). Les taux observés en la matière traduisent, parmi la population de ce village, une prise de conscience des réalités du milieu. Avoir beaucoup d'enfants n'est plus un gage de bien-être. Un homme de 49 ans nous a dit ceci : <<On peut avoir 10 femmes et 10 enfants sans être heureux. Dans tous les cas, c'est la santé, les repas et la joie qui comptent. Mais c'est que cela dépend de Dieu>> ; c'était sa réponse, à la question de savoir la taille idéale de la famille selon lui.

d - Il faut dire également, que le désir manifesté par les populations de suivre des enseignements sur la PF, et d'utiliser des contraceptifs, sont des signes favorables pour la régulation des naissances par la maîtrise de la fécondité.

95,7% des hommes et 84,3% des femmes sont prêts à assister à des débats sur la PF, quel que soit le ou les organisateurs. 91,6% des hommes et 97,2% des femmes sont également favorables à l'enseignement de la PF à leurs enfants. Cette situation, traduite sur la figure n°24, constitue véritablement un point favorable pour la PF.

2 - Arguments défavorables.

a - Le plus important est à notre avis, le fort désir d'une descendance nombreuse des personnes que nous avons enquêtées.

A la question de savoir qu'elle est la taille idéale de la famille selon elles, plus de la moitié l'estime à un nombre d'enfants supérieur strictement à 6 par femme. Or tout le monde tend vers la polygamie : la moitié des femmes souhaitent avoir au minimum trois coépouses (pour les aider dans les travaux ménagers et les hommes souhaitent pour la plupart un nombre indéterminé de femmes.

Si on se base sur ces désirs des femmes, on aura 4 femmes par homme marié et donc plus de 24 enfants par homme marié!

****Tableau n°19 : Taille idéale de la famille**

Taille idéale de la famille	Hommes		Femmes	
		%		%
Moins de 4 enfants/femme	0	-	0	-
4 à 6 enfants/femme	13	14	13	15
Plus de 6 enfants/femme	46	50	59	66
Non déterminé	33	36	17	19
Total exprimé	92		89	

Source : notre enquête sur le terrain.

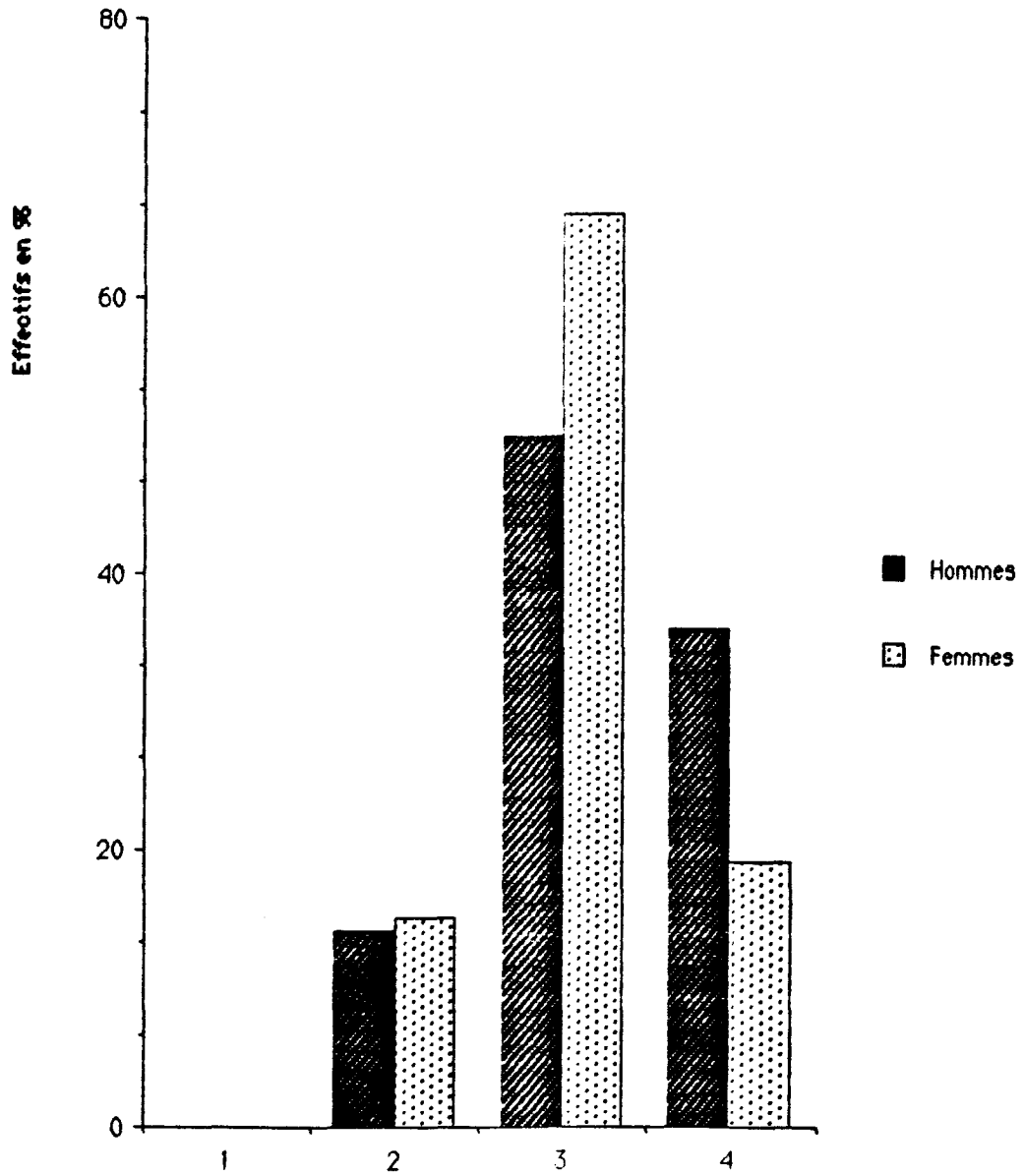
Tableau n°20 : Appréciation de la distance par rapport à Pissila (environ 12 km) et de l'état de la piste

	Distance par rapport à Pissila (nombre de personne)			Etat de la voie (en nombre de personnes)		
	Longue	Moyenne	Courte	Bonne	Passable	Mauvaise
Hommes	35	20	39	6	33	55
Femmes	56	12	22	7	37	46
Total	91	32	61	13	70	101

Source : notre enquête sur le terrain.

**

TAILLE IDEALE DE LA FAMILLE SELON LES PERSONNES



- 1 Moins de 4 enfants par femme
- 2 De 4 à 6 enfants par femme
- 3 Plus de 6 enfants par femme
- 4 Non déterminé

APPRECIATION DE LA DISTANCE DU VILLAGE A PISSILA

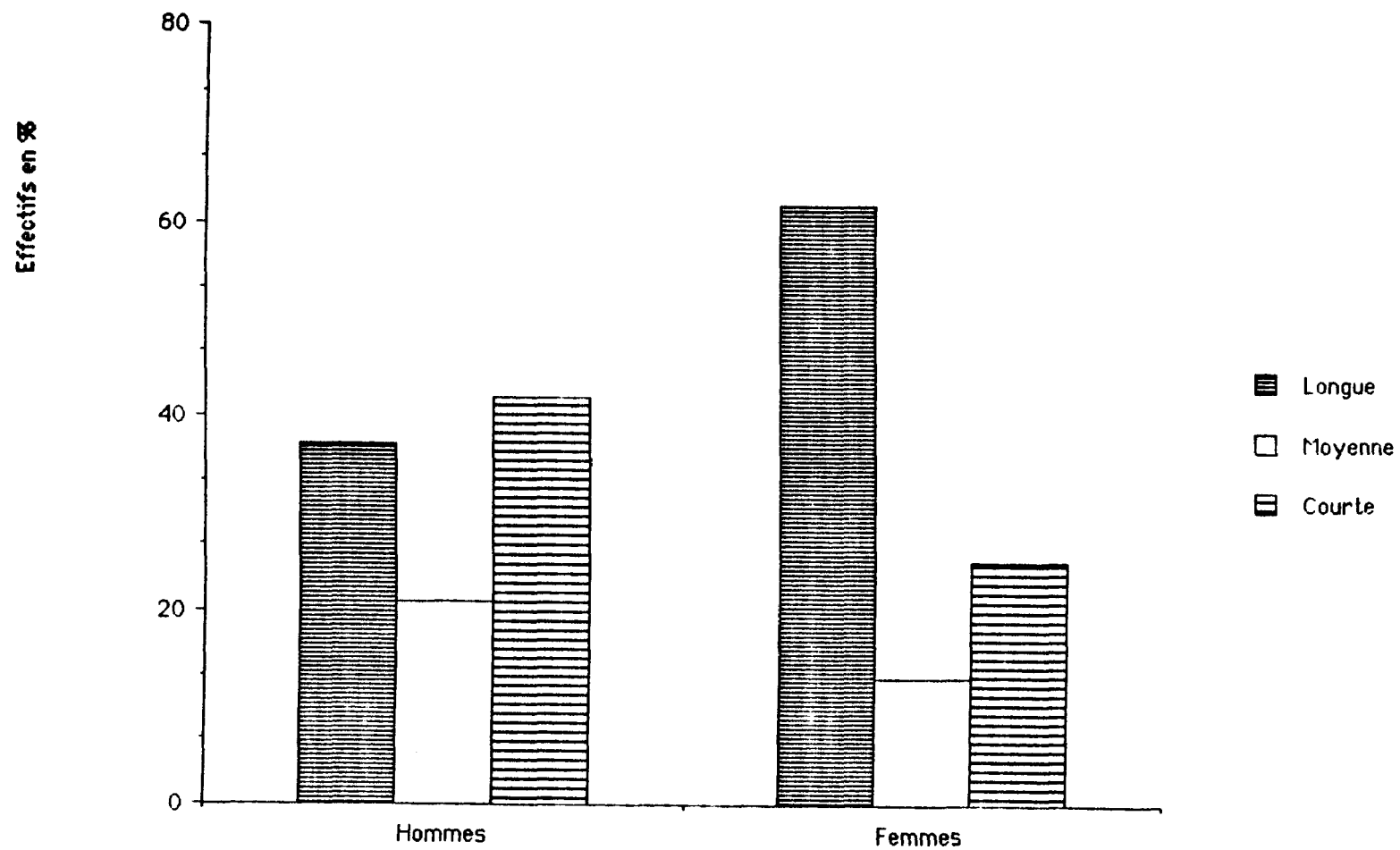


figure 26

APPRECIATION DE L'ETAT DE LA PISTE RELIANT LE VILLAGE A PISSILA

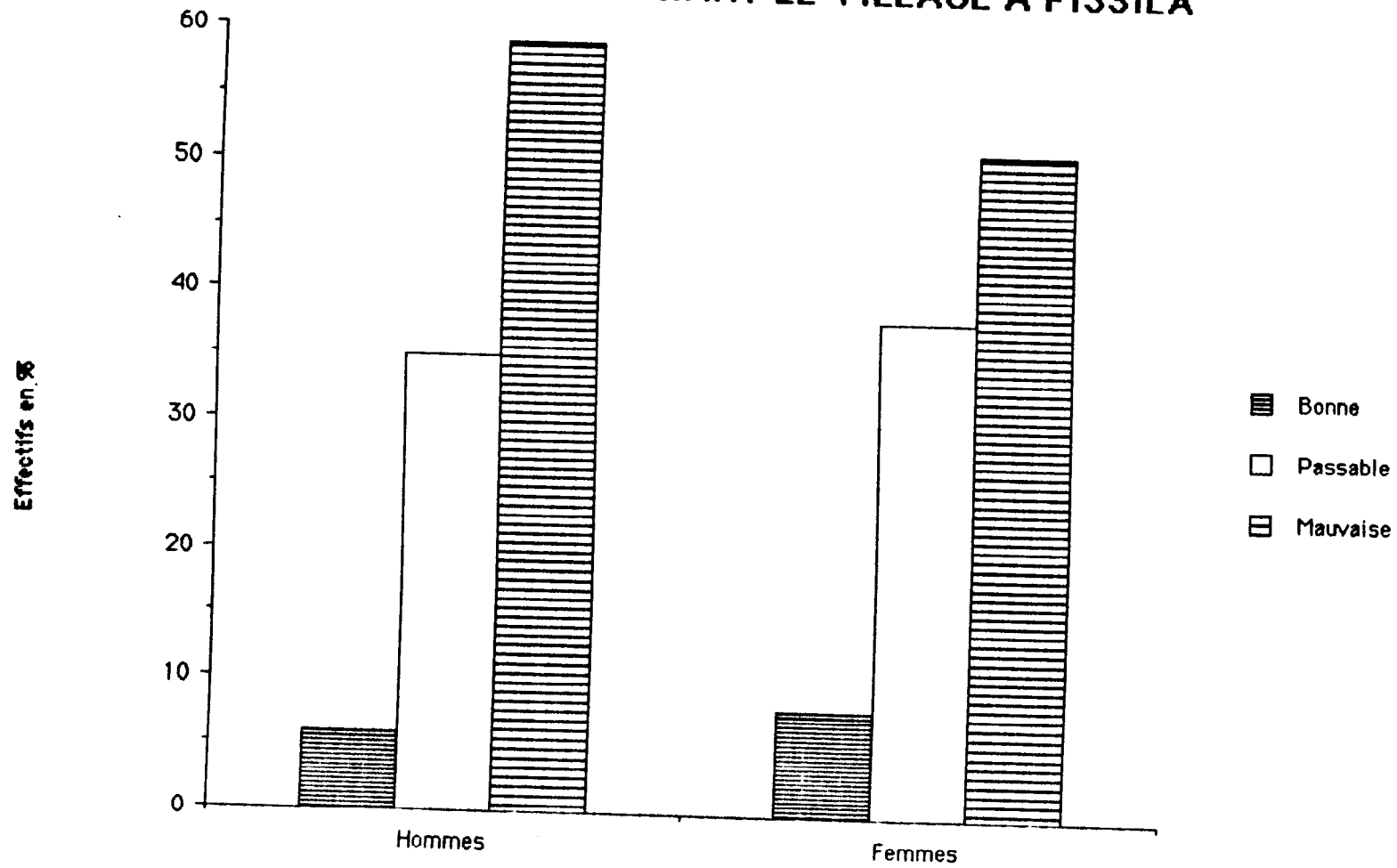


figure 27

Les résultats du dépouillement contenu dans le tableau n°19 traduisent cette inquiétante réalité.

Cette attitude est d'autant plus défavorable qu'elle n'est pas du tout liée à la mortalité. Il s'agit du nombre d'enfants que chaque homme ou femme aurait souhaité avoir en l'absence de la mortalité (cf figure n°25). Personne ne souhaite avoir moins de 4 enfants ; ceux qui souhaitent également avoir entre 4 et 6 enfants ne représentent qu'une minorité!

La pratique de la polygamie, en l'absence de contraception, rend pratiquement nulle la volonté des hommes de limiter leur descendance, car chaque femme tient à avoir un certain nombre d'enfants. Dans ce cas, la descendance désirée par un homme n'a plus de sens ; cette descendance correspond alors à la somme des descendances désirées par ses femmes.

La mortalité est l'une des causes pour lesquelles la natalité est volontairement élevée : on fait beaucoup d'enfants en espérant qu'il en survivra un nombre encore assez important. Le besoin de main d'oeuvre du fait du système d'exploitation culturelle est aussi une des causes. Mais il y a aussi un aspect moral, culturel, qui fait que chaque homme souhaite, comme toute femme, une descendance nombreuse.

b - Le second argument défavorable est celui de l'ignorance soutendue par l'esprit fataliste de la population : << Je ne peux pas prévoir un nombre d'enfants, car je peux en vouloir et ne pas en avoir. Comme je peux ne pas en vouloir et en avoir si je ne m'abstiens pas. C'est Dieu qui décide >>. C'est ce que nous déclare une jeune femme de 20 ans.

Un homme de 42 ans nous dit aussi : << Si j'ai deux femmes en bonne santé, ça me suffit. Mais les enfants, j'en veux autant que Dieu m'en donnera >>.

Ce sont là, quelques réponses semblables, parmi celles que nous avons recueillies sur la taille idéale de la famille. Nous avons groupé ces réponses en, nombre d'enfants, "*non déterminé*" dans le tableau n°19.

La méconnaissance du cycle de l'ovulation et des périodes fécondes des femmes expliqueraient cette fatalité.

c - Il faut aussi noter des barrières dues à des croyances occultes, favorisées aussi par l'ignorance. A Doungou-Nabitenga, on est fortement attaché à l'occultisme (cf CHAPITRE 2, II-2).

<< Mon mari et moi avons consommé un gris-gris pour ne jamais prendre de contraceptifs. Si nous en prenons, nous en mourrons. >>; cette information recueillie chez une jeune femme de 26 ans à deux semaines du début de notre enquête (soit le 15 Mars 1990) a suscité notre curiosité. Nous avons cherché à comprendre et, après quelques jours de débats avec des vieux auxquels nous nous étions liés d'amitié dans ce village, nous avons compris le fond de cette affaire assez curieuse.

D'un commun accord, les vieux du village croyant, par des rumeurs venus de Pissila à la faveur des jours de marché, à une volonté des autorités d'éliminer progressivement les populations paysannes (cf CHAPITRE 1, 4-c) ont pris des initiatives. C'était, selon toute vraisemblance, au début du lancement de la planification familiale à la maternité du CMH de Pissila, 28 Avril 1988.

Ils ont fait boire à toute la population du village, femmes hommes et enfants, une potion qu'ils ont concoctée. Cette potion est censée protéger la population du village. En même temps, elle serait destinée à foudroyer par la mort toute personne qui, l'ayant absorbée, introduirait des contraceptifs dans le village. Le même sort arriverait à ceux qui l'ayant bue, utiliseraient des contraceptifs pour limiter leurs naissances.

Quant à l'efficacité réelle de cette potion, nos interlocuteurs ont préféré garder le silence. Toutefois, au moment de notre enquête, nous avons pu constater que beaucoup de personnes n'y croyaient plus. D'autres encore demeuraient sous cette crainte ; c'est par exemple le cas de la femme que nous avons cité.

d - Le fait également de croire que la femme court d'énormes risques, en arrêtant volontairement ses naissances, est également un facteur défavorable assez répandu. On parle de graves maladies qui pourraient la frapper : << Les enfants sont dans son ventre. Quant Dieu décide de faire sortir l'un d'eux et qu'elle s'y oppose, il le transforme en maladie pour la punir >> nous assure un homme. Plusieurs hommes et femmes ont cette conviction.

e - L'entêtement de certaines personnes constitue, à certains niveaux, un facteur défavorable à la planification des naissances. C'est le cas de cet homme de 51 ans qui nous a déclaré : <<Ma femme ne peut pas demander à limiter ses naissances. L'accouchement ne tue pas. Si ça devait tuer, elle serait morte dès la première grossesse. Donc elle doit accoucher jusqu'à ce que les enfants finissent dans son ventre. Sa mère aussi a fait comme ça.>>

Il faut dire que la considération de la femme, dans cette communauté, ne lui facilite pas la vie. Actrice principale de l'enfantement, il ne lui est pas donné de possibilités d'informations sur ce sujet. Les conditions rudes de vie, dans lesquelles elle reste ployée, l'incite à faire beaucoup d'enfants et à souhaiter beaucoup de co-épouses afin de moins fournir d'efforts.

f - Les problèmes d'alimentation en eau sont un facteur défavorable. Le village ne dispose que de trois forages, réalisés par le PPIK.

Au dire des villageois, une des pompes est en panne depuis bien longtemps. Il n'y a donc que deux pompes fonctionnelles soit une pompe pour près de 950 habitants ! La corvée d'eau occupe une bonne partie du temps de la femme. Beaucoup d'entre elles puisent l'eau de consommation dans une mare artificielle creusée à la main par la population (le "*Buuli*" : environ 50m sur 15 et profond d'environ 6m, dans le quartier Doulougtoïga). Celles du Nord du village se ravitaillent au barrage de Touroum qui est relativement important.

Ce problème d'eau est plus accru en Mars-Avril, quand le "*Buuli*" tarit et que le niveau du barrage de Touroum baisse. Suivant le quartier d'habitation, on peut alors parcourir entre 6 et 10 km pour chercher l'eau que l'on ramène souvent dans un canari sur la tête, rarement dans les charettes à ânes. Le temps et l'effort mis par les femmes, pour accomplir cette corvée, ne leur permettent pas d'assister à des débats de plus d'une heure dans la journée. Nous nous en sommes rendu compte pendant notre enquête (d'où l'avis que nous émettions à leur sujet au CHAPITRE 2, II-3).

g - L'enclavement du village est aussi un facteur défavorable à la diffusion de la planification familiale.

Malgré la distance relativement courte (à peine une dizaine de kilomètres) qui sépare le village de Pissila, le transport n'est pas facile du fait de l'état de la voie. En fait de route, il s'agit d'un sentier serpentant à travers les champs qui relie le village à Pissila. Une partie du sentier a été arrangée sommairement par l'ADRK, pour conduire au barrage de Touroum qu'ils ont restauré. Ce tronçon prend fin un peu avant le barrage de Touroum, et les quelques 5 à 6 kilomètres restant à parcourir ne sont pas du tout aisés. Le vélomoteur, que nous a prêté l'ORSTOM, avait du mal à résister aux épines ; nous en arrivions à plaindre plutôt l'engin. Nous sommes heureux de ne pas y être allé en saison des pluies car, vu l'état du sentier, il eut probablement été hors de question de rallier ce village avec notre vélomoteur.

L'insistance sur cette expérience est, pour nous, une façon de témoigner des problèmes de communication entre ce village et Pissila. La population en est d'ailleurs consciente. Les données recueillies par nous, sur ce sujet, figurent dans le tableau n°20.

On constate que, quel que soit le sexe de la personne considérée (figures 26 et 27), la distance est jugée longue et la piste mauvaise. Toutefois, les femmes ressentent plus cela que les hommes ; cela peut s'expliquer par le fait que beaucoup d'hommes ont des bicyclettes, mais presque toutes les femmes se déplacent à pied.

III - PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION.

Les pratiques en matière de contraception sont dominées par la tradition.

1 - Pratiques traditionnelles.

La pratique traditionnelle, en matière de contraception, consiste à s'abstenir de relations sexuelles pendant la grossesse puis pendant les deux premières années suivant la naissance du nouveau-né. Selon des vieux du village qui nous ont donné cette définition, la pratique serait efficace à 100 % (évident!). La mère et l'enfant, qui est nourri au sein maternel, ne souffrent alors d'aucun mal.

Toutes les personnes de notre échantillon ont déclaré pratiquer l'abstinence sexuelle ; ce qui contribue donc à fortifier le doute que nous émettions sur la sincérité des réponses de certaines femmes, sur l'espacement des naissances. La pratique de cette méthode vise en effet, généralement, l'espacement des naissances (sauf cas de maladies, deuils...).

Si cette évidence n'est pas à contester, force est de constater et de reconnaître que cette pratique est très difficile. Surtout chez les jeunes mariés de sexe masculin qui ont parfois attendu longtemps avant d'avoir une femme (cf statut de la femme). La volonté de pratiquer l'abstinence est quasi-général, quel que soit le sexe considéré. Cependant des cas de grossesses ou de naissances non désirées existent en grand nombre. On ne compte plus les cas de grossesses rapprochées. Les personnes enquêtées le reconnaissent.

<< Autrefois les auteurs étaient sanctionnés. Nous, on arrivait à s'abstenir sans difficultés. Ce sont les jeunes, avec toutes les bêtises qu'ils apprennent en voyageant et en promenant, qui sont responsables de cela. Nos valeurs se perdent. Tenez : j'ai entendu dire qu'il y a des femmes qui se vendent à Pissila. Ca ne doit pas se faire! >>. Dans la dernière partie de son explication, le vieux qui nous parlait ainsi faisait référence à une colonie de prostituées installée à Pissila... Selon les dires, la venue de cette colonie date de la découverte de l'or dans la région (précisément à Yalogo).

Même s'il est vrai que cela peut être lié à une perte de valeurs culturelles, on ne peut pas accepter cette réalité de manière fataliste. L'abstinence était le seul moyen contraceptif traditionnel dans ce village. De nos jours, il s'avère inefficace parce que mal pratiqué. Mais d'autres moyens contraceptifs existent.

2 - Pratiques modernes

Les pratiques modernes, au regard des données recueillies, sont pratiquement inexistantes. Elles concernent 2% de la population masculine enquêtée (2 personnes sur tout

l'effectif !). Parmi la population féminine enquêtée nous n'avons enregistré aucune pratique contraceptive moderne. D'où une prévalence contraceptive de 1% pour l'ensemble du village.

Le seul moyen contraceptif utilisé par les hommes que nous avons interrogés est le *condom*. Les deux utilisateurs sont âgés de 41 et 37 ans.

Le premier est instituteur de langue nationale mooré, engagé par le PPIK et marié à 3 femmes ; il a par ailleurs fréquenté, en enseignement général, une école primaire de Pissila jusqu'au Cours Élémentaire première année.

Le deuxième, lui, est alphabétisé en langue mooré et monogame ; il est l'ami du premier.

Ces deux hommes sont de grands voyageurs, fréquentant les marchés villageois de la sous-région et ayant déjà séjourné à Kaya, chef lieu de la province. Il affirment avoir pris connaissance de cette méthode avec des amis à Kaya, mais se ravitailleraient au CMH de Pissila à cause de la proximité. Quelquefois aussi, l'agent de santé villageois en disposerait de stocks très limités, destinés à une vente discrète à quelques amis qui s'en servent. Cela a été confirmé par l'agent de santé villageois, qui dit ne pas en utiliser lui-même.

Le CMH de Pissila nous a confirmé que l'agent de santé du village se ravitaille quelquefois en condoms, en même temps qu'en médicaments pour le PSP. Ce qui suppose l'existence d'une clientèle ne pouvant se réduire à deux personnes... Si l'on tient compte de la quantité de condoms qu'il emporte à chaque fois, on peut estimer que le pourcentage de 2 % de la population masculine correspond à une certaine réalité.

De plus, nos recherches dans les archives de la maternité du CMH de Pissila ont montré que deux femmes du village se sont faites poser des dispositifs intra-utérins (DIU).

La première était alors âgée de 37 ans, au 26.10.1989, animiste et épouse de cultivateur. Mère de 7 enfants dont un décédé, elle aurait déjà eu un avortement spontané.

La deuxième est plus jeune : 19 ans, à la date du 27.03.1990. Animiste et primipare, elle serait l'épouse d'un potier.

Ces deux femmes ont été orientées, toujours selon le registre de la maternité, par l'accoucheuse villageoise. Cette dernière nous a pourtant affirmé qu'elle ignore si des femmes du village utilisent des contraceptifs, en précisant qu'elle même n'en était pas partisane.

Nous pensons donc que la pratique moderne de la contraception, dans le village, est une réalité et ne concerne pas que les hommes. Certes, cette pratique est probablement marginale ; mais elle pourrait se situer légèrement au-dessus des résultats enregistrés par notre enquête. Ce qui pourrait expliquer la pudeur des gens qui n'auraient pas répondu franchement à nos questions sur ce point.

3 - Pratiques empiriques

Nous n'avons eu connaissance que d'un seul cas de pratique contraceptive empirique.

La méthode utilisée est celle qui lie la fécondité de la femme au calendrier lunaire (cf CHAPITRE 5, I-C-3). L'utilisateur s'est dit satisfait...

Pour notre part, en dehors de toute expérience réalisée sur cette méthode, nous nous gardons d'émettre un avis.

On constate que les méthodes expérimentées ayant prouvé leur efficacité, sont peu connues et très peu utilisées dans ce village. La méthode contraceptive la plus efficace, la mieux connue et la plus pratiquée (*l'abstinence sexuelle*) semble ne plus convenir à la population, surtout aux jeunes. D'où les besoins exprimés de contraception. Mais comment agir pour intéresser le maximum de la population et réussir une maîtrise de la fécondité ?

STRATEGIES A METTRE EN OEUVRE

La question de la PF, à Doungou-Nabitenga, est une question globale de développement, qui se pose à tous les villages du Burkina Faso. C'est donc un problème de Développement National ou, tout au moins, de Mieux-être National. Mais toute stratégie de PF, dans ce village, doit, nécessairement, tenir compte des spécificités du milieu et des hommes. Celle que nous proposons, tient compte de ces réalités du village.

I - SOLUTIONS GLOBALES DE PLANIFICATION

1 - Information et éducation

La planification familiale pour être bien menée doit mettre l'accent sur l'information des populations. Une majeure partie des problèmes rencontrés par la PF peuvent être résolue par une bonne information des populations.

Si après le lancement de la campagne de planification familiale à Pissila les anciens du village de Doungou-Nabitenga ont fait boire une potion à toute la population (cf CHAPITRE 5, II-D-2), c'est parce qu'ils ont réellement cru à une menace pesant sur leur existence même.

Nous sommes en face d'une population rurale, profondément traditionaliste parce que restée longtemps en dehors de la marche vers ce que nous appelons le "*Développement*".

A Doungou-Nabitenga, il n'y a ni église, ni mosquée, ni temple, ni école, ni dispensaire ou maternité.

A Doungou-Nabitenga, il n'y a que deux agents de santé formés sommairement par une ONG (le PPIK), sur un choix de la population elle-même ; il n'y a même pas un marché ou une boutique.

A Doungou-Nabitenga, il n'y a qu'une population en lutte pour sa survie quotidienne. Même la piste pour y accéder est difficilement praticable en saison sèche, et pratiquement inutilisable pendant la saison des pluies. C'est tout cela qui justifie aujourd'hui encore le poids de la tradition.

Malgré cette situation, dans les réponses recueillies (même en tenant compte des probabilités de réponses fausses et/ou d'erreurs), on constate une grande envie d'être informé. Ce besoin de l'information manifesté par la population, concerne même le sujet pour lequel nous y étions, et qui n'avait jamais été publiquement évoqué par le passé !

Certes il y a de la curiosité. Mais l'envie réel d'utiliser des contraceptifs, si ceux-ci n'entraînent aucune stérilité ou maladies diverses, a été fortement manifesté.

Il y a donc de bonnes prédispositions à l'information, si elle est apportée de manière saine et respectueuse. Les barrières traditionnelles ne mettront donc pas de temps à reculer.

L'information doit être éducative. Pour que l'information puisse éduquer, elle doit être débarrassée de tout complexe de supériorité. Elle ne doit pas viser la destruction d'un ordre social ou de pratiques sociales existantes ; elle doit chercher à faire comprendre des faits, des réalités scientifiques simples aux auditeurs. Il faut simplement que les gens comprennent leur anatomie et les mécanismes de la reproduction.

Pour ce faire, la radio peut avoir un rôle important ; à condition d'y apporter les correctifs nécessaires (cf CHAPITRE 5, I-B). Car il ne suffit pas de posséder une information, ou une connaissance mais de savoir la transmettre, la faire écouter et la faire accepter.

Cela pose donc le problème du personnel.

2 - Personnel de sensibilisation.

a* Pour informer, il est souhaitable de **connaître le milieu** dans lequel on veut diffuser l'information. Ce qui implique des enquêtes préliminaires sur les us et les coutumes de la population cible. En effet, <<Les programmes doivent adapter leurs stratégies en fonction des différents types de clientèles auxquels ils s'adressent.>> (ROSS A. J., RICH M. & MOLZAN J. P., 1989 -page 60).

b* Cependant, le **manque de personnel qualifié** est un handicap sérieux dans la collecte des données, le choix des programmes et leur exécution ou leur évaluation. L'expérience montre que le personnel disponible <<..ne possède pas les qualifications et/ou l'expérience pratique requises. Cela est toujours dû à un manque de personnel formé aux questions de population et de développement, très fréquent dans la plupart des pays en développement, et à une perte continue de personnel qualifié, due à une rotation trop rapide et à l'exode des cerveaux.>> (OIT, 1985 page 24). Ce constat fait par le BIT sur les problèmes que rencontrent les "Unités de planification" de ses projets témoigne du manque de personnel.

Depuis quelques années, l'**accent est mis sur la formation** de cadres et d'agents techniques en vue de permettre la relève des experts étrangers, auxquels les services de planification font appel.

Mais il faut dire que ces relèves, si elles sont faites systématiquement, peuvent constituer un handicap à la recherche et aux projets relatifs au contrôle de la croissance démographique. Car, en matière de recherche par exemple, plus un chercheur aura suivi un phénomène, et plus il présentera d'aptitudes à l'étudier et à en amoindrir le coût.

Cette relève ne doit pas être systématique, mais elle doit se faire de manière progressive. Il faut reconnaître que les pays en développement gagneraient à former leurs propres cadres et techniciens.

Une enquête démographique ne se réalise pas comme toute autre enquête. En fonction du thème, de la réceptivité de la population de référence et des objectifs poursuivis, il faut une approche spécifique qui assure mieux les réponses. <<L'exactitude des

estimations démographiques et les conclusions qu'on peut en tirer peuvent être gravement compromises par la qualité des données sur lesquelles elles reposent.>> (HAUPT A. et KANE T.T., 1980 page 17). La qualité des données dépend tout aussi bien de la qualité du collecteur de données que de celui assurant le dépouillement.

c* De plus, la formation d'agents en Information, Education et Communications (IEC) est nécessaire, de même l'amélioration de la formation des agents déjà actifs. **La manière dont un problème quelconque est introduit peut intéresser ou rebuter l'auditeur.** Pour un problème aussi délicat, compte tenu de la pudeur en milieu rural surtout, on peut donc comprendre qu'il faille encore plus de qualités pour l'introduire.

Si l'auditeur est rebuté, il mettra plus de temps à se laisser convaincre. Car, même si les populations, par leur courtoisie habituelle, restent réceptives, elles n'approuvent ni s'intéressent pour autant aux informations alors reçues.

On ne doit donc pas utiliser des agents sans expérience, et parfois sans même la qualification requise, pour aller discuter de l'espace ou de la limitation des naissances en milieu rural.

- Nous avons eu la chance d'assister à la première sortie de l'ABBEF sur Pissila ; elle organisait des projections de courts métrages, suivies d'une discussion sur la planification familiale. C'était le 07 Avril 1990 alors que nous étions encore sur notre terrain d'étude. C'était aussi le premier débat publique sur le thème de la PF dans toute la ville et le département de Pissila (alors que le CMH menait une activité dans ce domaine depuis 1988!).

Les membres de la mission ont constaté, après la projection, que la population ne participait pas au débat : à peine une dizaine de questions posées ! Le sujet était nouveau pour ces gens qui sont venus par curiosité. Mais la rapidité avec laquelle le thème de la limitation des naissances est intervenu dans un des courts métrages, a suscité des propos et des comportements hostiles à la PF ; nous avons pu le noter sur les lieux, après la mission ABBEF. Peut-être qu'une présentation mieux adaptée aux populations concernées aurait moins frustré les gens.

Nous en avons fait la remarque à des responsables de l'ABBEF qui ont noté nos critiques, à notre retour à Ouagadougou. Il faut dire qu'ils ont été vraiment très ouverts au débat critique. Cela nous a permis de comprendre davantage leurs stratégies d'actions ; cependant, compte tenu de leurs moyens modestes, une autre conception de la présentation faite à Pissila, était difficilement envisageable à ce moment. Nous convenons qu'il fallait de toutes façons poser le problème dans ce milieu.

Le médecin et la sage-femme, du CMH de Pissila, disent ne l'avoir pas fait parce que quand ils abordent le sujet avec leurs patients, ou bien il écoutent sans rien dire ni demander, ou alors ils s'excusent poliment et se retirent. N'étant pas des spécialistes d'IEC, et n'en ayant alors que des connaissances assez limitées, ils ont préféré s'en abstenir. Leurs activités se réduisaient aux personnes qui en manifestaient le désir.

L'ABBEF a néanmoins le mérite d'être la première à s'être déplacée dans cette localité, séparée de Ouagadougou par seulement 140 km !

Cette situation vécue pose le problème des moyens matériels et financiers.

3 - Moyens matériels et financiers

Il faut dire que le problème des moyens matériels et financiers, qui a été à la base des limites de la première sortie de l'ABBEF à Pissila, est commun à tous les acteurs de la recherche et de la planification en matière de population. Ce secteur ayant été longtemps délaissé aux profits d'autres secteurs.

Le coût des opérations de collecte de données, d'élaboration et d'évaluation de programmes, est élevé et c'est très timidement que la planification familiale se dirige vers la campagne. Cela à cause des moyens modestes mis en oeuvre.

La population rurale constituant plus des 3/4 de la population totale, on peut se demander quel est l'impact réel des activités de planification familiale au Burkina, depuis leur lancement (il y a plus d'une dizaine d'années)... Leurs initiateurs ont fait preuve de

bonnes volontés, mais le manque de moyens matériels a longtemps constitué un frein aux activités en matière de contrôle de la population.

Aujourd'hui, il y a urgence. Et cette urgence concerne les moyens logistiques nécessaires à une bonne élaboration de programmes, adaptés aux groupes sociaux et à leur application effective.

La formation du personnel adéquat, l'évaluation et les suivis des programmes sont étroitement liés au solutionnement des problèmes d'ordre matériels et financiers.

Les associations participant à l'application du programme de PF, les organisations de recherche en matière de population et autres institutions concernées existantes, agissent comme elles le peuvent, avec des moyens dérisoires. Les résultats obtenus sont à l'image de cette dérision.

Si l'on veut parvenir à une maîtrise de l'accroissement démographique, il faudra y mettre le prix. La mise en oeuvre effective de la politique nationale de population passe par la résolution de tous ces problèmes des acteurs de l'analyse, de l'action et de l'évaluation en matière de population.

Au delà de ces solutions globales que l'on peut définir pour la planification familiale, il y a les mesures spécifiques à chaque cas.

II - VARIABLES SPECIFIQUES.

Le niveau d'alphabétisation observé à Doungou-Nabitenga est probablement l'un des plus bas du Burkina : dans notre échantillon nous n'avons relevé que 1,6 % de la population adulte (soit 2,1 % des hommes et 1 % des femmes) qui soit alphabétisé.

Nous ne pouvons rien dire des enfants, auxquels nous ne nous sommes pas intéressé durant notre enquête. Cependant, l'absence d'une école laisse croire à un taux, de scolarisation, très bas, dans cette tranche de population.

Les seuls contacts les plus fréquents de la population, demeurent ceux qui existent entre elle et celle de Pissila. Or les problèmes au niveau même de Pissila n'ont pas encore permis à la PF de s'investir favorablement dans la ville, encore moins de se propager dans les villages du département.

Au regard de tous ces problèmes, nous préconisons donc :

1 - Création d'une unité de diffusion

Nous pensons qu'il faut, mettre en place une unité de diffusion des informations et des moyens de contraception avec un accent particulier sur l'information et l'éducation.

Comme certains dans la population nous l'ont demandé, il faut diffuser la planification familiale et <<..donner les moyens de son application aux personnes qui le désirent. Laissez les autres tranquilles. Quant ils verront que c'est bien, ils viendront vous demander de les aider aussi >>.

La diffusion des contraceptifs dans le village même nous paraît un plus sûr moyen d'intrésser et de fidéliser le maximum de personnes à leur utilisation. Compte tenu de l'état de la voie, que nous avons constaté, et de l'appréciation qu'en a la population, il n'est pas évident que celle-ci se déplace jusqu'à Pissila pour acheter des contraceptifs.

Une étude menée en Colombie, en Corée du Sud et en Malaisie (ROSS A. J., RICH M. & MOLZAN J. P., 1989 -page 13) montre, en effet, que : <<L'accroissement de la prévalence contraceptive est liée à la diminution du temps de trajet vers une clinique.>>.

Toutefois, nous pensons que cette diffusion des contraceptifs devrait se faire aux prix les plus bas possibles, tout en excluant la gratuité. Ceci pour inciter davantage à leur utilisation tout en évitant le gaspillage ; certains pourraient en prendre sans jamais en utiliser dans le cas où ce serait gratuit.

2 - Création d'un dispensaire

La création d'un dispensaire, qui assurera aussi des prestations de SMI dans le village, et un meilleur approvisionnement en médicaments, à des coûts réduits, accroîtrait l'intérêt de la population pour la PF.

A défaut, une meilleure formation de l'accoucheuse et de l'agent de santé villageois. Cela afin de mieux assurer les consultations, pré et post-natales, et d'offrir de meilleurs soins de santé à la population, notamment aux femmes et aux enfants.

L'agent de santé reçoit actuellement et garde les médicaments dans sa propre maison. L'accoucheuse villageoise se déplace au chevet de ses patientes avec son matériel. Tout cela présente des risques, et la disponibilité d'un local fixe serait d'un apport bénéfique. La maison construite par les paysans à cet effet, avec l'aide du PPIK, a été détruite par un orage deux ans avant notre passage et n'était pas encore restaurée.

3 - Aménagements agro-pastoraux

Les systèmes de culture et les techniques culturales utilisés sont tels qu'il faut une importante main d'oeuvre.

La réduction de la fécondité (par la PF) doit nécessairement s'accompagner d'un développement de techniques, intégrant la baisse de la main d'oeuvre qui va en découler. Ces techniques devront favoriser une restauration des sols et une amélioration de la production ; cela en vue d'une élévation du niveau et de la qualité de vie.

Si cette amélioration du niveau et de la qualité de vie n'est pas atteinte, il faut craindre à moyen et long termes un rejet des politiques de PF par la population.

4 - Construction d'une route

La construction d'une route du village à Pissila, carrossable en toutes saisons, afin de permettre des évacuations sanitaires, non plus en charrettes à ânes mais en véhicules ou autre moyen plus commodes pour les malades.

Par ailleurs, cette route favorisera davantage les échanges (idées et matières) avec d'autres populations. Elle permettrait aussi à un marché local de rayonner, grâce aux facilités d'accès et d'approvisionnement en produits divers.

5 - Création d'un marché local

La création d'un marché local dynamiserait mieux la vie socio-économique dans le village. Cependant, la multitude de marchés existants déjà dans les villages voisins, amène la population à ne pas tenter la concurrence : << Nous ne sommes pas nombreux. Si nous établissons un marché alors que les autres en ont déjà, qui viendra chez nous ? >> telle est la réponse d'une personne à qui nous demandions pourquoi ne pas créer leur propre marché.

D'autres réponses vont dans le même sens. Mais cela serait réalisable, à condition de pouvoir amener la population à s'y intéresser. De l'intérêt qu'ils accorderont à un tel projet, dépendront les innovations possibles qui fourniront à ce marché une particularité et un dynamisme vivifiant.

A travers la dynamique économique et sociale que sont les marchés villageois, beaucoup d'informations circulent. Comment et à quel rythme ? Peut-être que des études sur ce sujet seraient utiles.

6 - Résolution du problème de scolarisation

La résolution du problème de scolarisation des enfants et d'alphabétisation des adultes est indispensable, pour une meilleure fixation des idées nouvelles (planification, hygiène, santé, bien-être...) dans les mentalités.

Mais, il faudra parvenir à trouver une formule d'éducation adaptée aux réalités du milieu. Cela pour ne pas favoriser l'exode rural, avec toutes les conséquences qui en découlent (aussi bien pour la zone de départ que pour les terres d'accueils).

Une école d'agriculture spécialisée prenant en compte les réalités locales et intégrant l'enseignement de calculs et de langues, nous semble plus indiquée et plus rentable.

7 - Du statut de la femme

Le statut de la femme ici est semblable, en beaucoup de points, à celui de la femme en général dans les entités mossi. Les actions prévues pour agir dans le sens de la **promotion de la femme** par le CONAPO, dans la politique nationale de population, sont assez intéressantes.

Cette politique prévoit un ensemble de stratégies, devant déboucher sur sa promotion socio-économique et morale.

Mais il appartient surtout à la femme de générer une volonté personnelle, de se forger une ambition avant de pouvoir être véritablement l'actrice de son propre avenir. Toute action venant de l'homme aura à notre avis peu de chances de succès, si la femme ne fournit pas d'effort pour s'arracher à la domination du sexe masculin.

La femme dans la campagne, par son éducation, rejette l'idée de l'égalité avec l'homme, hormis quelques rares cas isolés. Pour notre part, nous pensons que le niveau de vie est la première des causes.

Avec l'évolution du niveau de vie, il y a l'évolution des consciences. Si donc toutes les actions sont engagées, dans les activités de planification pour le développement socio-économique global de ce village, nous pensons que la femme, d'elle-même, finira par prendre conscience de son rôle et de sa place dans la société, et elle se battra en conséquence.

CONCLUSION

La population est un facteur important du développement. Elle peut le favoriser, le ralentir ou le freiner ; cela dépend de l'importance qu'il occupe. Or ce paramètre POPULATION ne peut être maîtrisé favorablement que par une politique de régulation des familles qui sont ces composantes essentielles. Cette régulation passe par la planification des naissances.

Mais force est de constater qu'aucune action de planification familiale ne peut aboutir si elle n'est pas accompagnée de mesures visant l'épanouissement social et économique des populations. Monsieur Moses EBOT de la délégation Camerounaise au colloque de Dakar (UEPA sans date, Rapport du colloque page 12) le confirmait quand il disait: <<...la planification familiale, pour être efficace, ne peut être qu'une sous composante d'une planification globale socio-économique et culturelle.>>.

L'Etat burkinèbe l'a aussi admis, puisqu'il inscrit, parmi les objectifs généraux de la Politique de Population, *l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations*, notamment des plus démunies (CONAPO, Juin 1991).

La Politique de Population, du Burkina Faso, tient compte de la variable "*Population*", mais aussi des potentialités économiques, des ressources naturelles et de la qualité de l'environnement. L'intégration de tous ces paramètres a fait ressortir la nécessité de maîtrise de la *Fécondité*. Or la "*Maîtrise de la Fécondité*" est synonyme de la "*Planification des Naissances*", qui n'exclut pas la "*Limitation*" de celles-ci.

Dans notre étude de cas, la population de Doungou-Nabitenga ne perçoit pas la nécessité de limiter les naissances. Il faut l'admettre tout en donnant à la minorité qui le désire, les moyens de le faire. Toutefois, le fort désir d'espacer les naissances (manifesté par la population) est un atout de taille pour la planification familiale. Si la population, par l'enseignement de l'IEC, venait à accepter et respecter les âges de maternités dans

l'intervalle 20-34 ans, et qu'elle obtenait les moyens de bien espacer les naissances, la fécondité que nous avons observée baissera sensiblement.

Mais il demeure important que des mesures soient prises rapidement, car la mortalité infantile et juvénile ne permet plus de ralentir la progression démographique. Les améliorations du système sanitaire, quoique sommaires, et la résolution partielle des problèmes d'eau par les forages ont déjà entraîné une baisse de cette mortalité. Cette situation est à la base de la remise en cause permanente des programmes d'Aide au Développement, et des souffrances des populations (surtout : femmes, enfants et personnes âgées).

Le Burkina Faso compte des milliers de "Doungou-Nabitenga", où les seules chances de la PF pour s'investir, demeurent la connaissance préalable des spécificités du milieu et le support de programmes globaux de Développement économique et Social, associant les populations et favorisant l'émancipation réelle de la femme.

ANNEXES

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
Département de Géographie

O R S T O M
Département Santé

Questionnaire n° 1

Connaissances et Attitudes d'une population rurale mossi en matière de planification familiale (Département de Pissila)

Identification

N° de concession : N° individu :

Date : -Nom et prénoms :

1 Sexe : -2 Age : - 3 Religion :

4 Alphabétisé : NON - LANGUE NATIONALE - FRANCAIS - SCOLARISATION

5. Situation matrimoniale : MARIE - VEUF - DIVORCE

6 Nombre d'épouses du mari : 7 Nombre de mariages :

8 Raison des remariages : VEUGAGES - DIVORCE -
AUTRES :

9 Nombre d'enfants : Vivants : Décédés :

10 Avez-vous déjà entendu parler de :

a - l'espacement des naissances ? OUI - NON

b - la limitation des naissances ? OUI - NON

Connaissances

11 Savez-vous qu'il existe des méthodes pour éviter une grossesse ?
OUI - NON -En a entendu parler

12 Connaissez-vous certaines de ces méthodes ?
OUI - NON -En a entendu parler

13 Lesquelles ?

a - Méthodes traditionnelles

b - Méthodes dites modernes

14 Comment (Où) avez-vous appris ces méthodes ?

- 127 -

15 Avez-vous déjà assisté à des débats sur la planification familiale ?
OUI - NON

- a - Le PSP du village
- ** b - La permanence CR du village
- c - Le chef du village
- d - Le dispensaire de Pissila
- e - La maternité de Pissila
- f - Autres :

17 Comment avez-vous trouvé les débats ?

- a - Intéressant
- b - Pas intéressant
- c - Ennuyant ?

18 Avez-vous un poste radio ? OUI - NON

19 Quelles sont les émissions qui vous intéressent le plus ?

20 Quelle est, selon vous, la meilleure source d'information ?

- PSP du village - Permanence CR du village - Chef du village
- Maternité de Pissila - Le dispensaire de Pissila
- Autres :

21 Comment trouvez-vous la distance entre votre village et Pissila ?

- LONGUE - COURTE - MOYENNE

22 Comment trouvez-vous la route qui conduit de votre village à Pissila :

- a - pendant la saison sèche : BONNE PASSABLE MAUVAISE
- b - pendant la saison des pluies : BONNE PASSABLE MAUVAISE

23 Comment trouvez-vous les coûts des déplacements entre votre village et Pissila ? BIEN ABORDABLE CHER

Attitudes

24 Lorsque vous êtes malades, où est-ce que vous allez pour vous soigner ?

- a - PSP du village
- b - Chez le guérisseur
- c - Dispensaire de Pissila
- d - Autres :

25 Pourquoi ?

- a - Distance et coût du déplacement
- b - Qualité des soins et de l'accueil
- c - Meilleur approvisionnement en médicaments
- d - Autres :

26 Où achetez-vous vos médicaments ?

- a - Chez le tradipraticien
- b - A Pissila
- c - Autres :

- 27 Pourquoi ?
- a - Disponibilité des produits
 - b - Coût des produits
 - **c - Efficacité des produits
 - d - Autres

28 Quels sont les marchés que vous fréquentez ?

Pourquoi ?

29 Pratiquez-vous des méthodes qui vous permettent d'espacer ou de limiter vos naissances ? OUI - NON

30 Si oui ; quelles méthodes pratiquez-vous ?

a - Méthodes traditionnelles

b - Méthodes dites modernes

31 Etes-vous satisfaits des résultats obtenus ?

OUI - NON

Si non, pourquoi ?

32 (A ceux qui n'utilisent aucune méthode) Est-ce que vous désireriez espacer ou limiter vos naissances ? OUI - NON

33 Seriez-vous prêts à utiliser des contraceptifs pour ne pas faire des enfants quand vous n'en voulez pas ? OUI - NON

34 Seriez-vous d'accord pour que votre partenaire ou votre conjoint utilise des contraceptifs ? OUI - NON

Pourquoi ?

35 Seriez-vous d'accord pour limiter le nombre de vos naissances si votre époux ou épouse vous le demandait ? OUI - NON

Pourquoi ?

36 Accepterez-vous que l'on enseigne la planification familiale à vos enfants ? OUI - NON

Pourquoi ?

37 Assisterez-vous à des rencontres d'informations sur la planification familiale si cela était organisé par :

a - le Comité Révolutionnaire : OUI - NON

b - le Chef de village : OUI - NON

c - l'accoucheuse villageoise : OUI - NON

d - l'agent de santé villageois : OUI - NON

e - Autres :

Pourquoi ?

39 La taille idéale de la famille, selon vous :

**

40 Est-ce qu'il y a des contraceptifs en vente dans votre village ?

OUI - NON

41 En achetez-vous ? OUI - NON

42 Pourquoi ? a - C'EST CHER b - C'EST ABORDABLE

c - AUTRES

43 Voudriez-vous qu'on vende des contraceptifs dans votre village ?

OUI - NON

44 Comment trouvez-vous les services des structures sanitaires ci-après :

localité	Structures	Prestation			Accueil	
		Bonne	Passable	Mauvaise	Bon	Mauvais
Village	PSP					
	Tradipra- ticien					
	Accoucheuse villageoise					
Pissila	Dispensaire					
	Maternité					

45 Pourquoi, selon vous, certains sont-ils opposés à l'usage de contraceptifs ?

46 Comment peut-on faire pour que beaucoup de personnes utilisent des méthodes contraceptives ?

47 Que pensez-vous de ce dialogue que nous venons d'avoir ?

Questionnaire n° 2

Appréciation du niveau de fécondité des femmes d'un village mossi (dans le département de Pissila).

N° concession : N° individu :

Date : Nom et prénoms :

1 Age : - 2 Religion : - 3 Alphabétisée ou non

4 Situation matrimoniale : MARIEE - VEUVE - DIVORCEE

5 Nombre d'épouses du mari actuel : 6 Nombre de mariages :

7 Evolution des grossesses

Rang de la grossesse	Avortements (nombre de mois)	Accouchements					Observations *
		N	D	C	M	P	

N = normaux D = difficiles C = césariennes M = morts-nés P = prématurés
* Il s'agit de préciser les accouchements multiples (gémellaires, triplés ou autres) .

8 Tableau de Descendance

**

Rang	Nom de l'enfant	Sexe	Age	devenir		Age au décès	Père	Observations *
				Vivant	Décédé			

* Il s'agira de dire si l'enfant est exempt de tares à la naissance (malformations, cécité, surdité....etc)

9 Désirez-vous avoir d'autres enfants ? OUI - NON
Pourquoi ?

10 Etes-vous actuellement enceinte ? OUI - NON

11 Si oui, quel est l'âge de la grossesse ?

12 Votre mari désire-t-il faire encore d'autres enfants avec vous ?
OUI - NON

13 Combien d'enfants auriez-vous voulu avoir ?

14 Pourquoi ?

15 Quel est, selon vous, le temps normal qui doit exister entre deux grossesses consécutives ?

16 Durée idéale de l'allaitement, à votre avis ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ASECNA, 1966 : << Aperçus sur le climat de la Haute-Volta >>
2^e édition révisée et complétée. Ouagadougou
Haute-Volta. 135 pages.
**Vu à la documentation de l'ORSTOM.*
- 2 - BENOIT Michel, 1977 : << Introduction à la géographie des aires
pastorales soudaniennes de Haute-Volta >>.
ORSTOM, Paris.
**Vu à la documentation de l'ORSTOM.*
- 3 - BIC, 1992 : << N° 000 1er trimestre 1992 >>. Bulletin
d'information et de communication édité par la
Direction de la santé de la Famille. 16 pages.
**Vu au secrétariat de rédaction dudit bulletin*
- 4 - BONNET Doris, 1982 : << La procréation, la femme et le génie (les
mossis de Haute-Volta) >>. Cahiers ORSTOM,
série Sciences Humaines, volume XVIII n° 4
1981-1982, pages 423 à 431.
**Vu avec l'auteur.*
- 5 - BOUGERE Jacques, 1975 : << Observations météorologiques. Lac de
Sian (Kaya) . 1974-1975, Haute-Volta >>.
Département de Géographie, Université de
Ouagadougou.
**Vu à la documentation de l'ORSTOM.*
- 6 - BROWN C. Richard et E. Judith, 1983 : << La consultation de la contraception en
Afrique >>. Tegl & Little, Norfolk,
Virginia, USA. 147 pages.
**Vu à la documentation de l'ABBEF.*

- 7 - CERPOD, 1990 : << Population et Développement dans le sahel : les défis de la croissance rapide de la population >>. Bamako, Mali. 20 pages.
**Vu à la documentation de l'UERD.*
- 8 - CONAPO, Juin 1991 : << Politique de population au Burkina Faso >> Ministère du Plan et de la Coopération, Ouagadougou. 44pages.
**Vu à l'Unité de Population.*
- 9 - DEBOUVERIE Marc, DUBOZ P. : << Analyse de la mortalité dans et VAUGELADE J. ,1988 l'enfance après 3 années d'observation. Région de Pissila (Burkina Faso) >>. ORSTOM, Ouagadougou. 12 pages
**Vu à la documentation de l'ORSTOM.*
- 10 - DUBOZ Pierre, 1979 : << Etude démographique de la ville de Brazzaville (1974-1977) >>. République Populaire du Congo, ORSTOM. 268 pages.
**Vu avec l'auteur.*
- 11 - DSF-JHU/PCS, Mai 1989 : << Enquête initiale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques liées à la planification familiale dans deux provinces du Burkina Faso >>. Kéné Dougou et Zoundwéogo, Burkina Faso. 39 pages.
**Vu à la Direction de la Santé de la Famille.*
- 12 - DSF, Février 1992 : << Un examen de la recherche disponible sur la planification familiale au Burkina Faso >>. MSAS, Ouagadougou. 16 pages.
**Vu à la Direction de la Santé de la Famille.*
- 13 - DSF, Février 1992 : << Etude pour tester les capacités des

accoucheuses villageoises à donner des prestations
de SMI-PF > > -Document partiel ; intégral à paraître

**Vu à la Direction de la Santé de la Famille.*

14 - Projet EmP, 1992 : << Séminaire atelier de réflexion sur
l'intégration de nouveaux contenus EmP et PSE dans
les programmes. Ouagadougou, 23-27 Mars 1992. :
Communication sur l'Education en matière de
Population > >. (polycope de la communication).

**Vu à la documentation de l'E.m.P.*

15 - FP 80'S, sans date : << La planification familiale dans les années
80 : défis et possibilités. Recommandations
de la Conférence Internationale sur la
planification familiale dans les années 80,
Djakarta, Indonésie. 26-30 Avril 1981 > >. The
Population Council, New-York. 12 pages.

**Vu à la documentation de l'A.B.B.E.F.*

16 - GDA, 1985 : << Contribution à l'analyse des données démographiques
imparfaites des pays africains > >. Rémy CLAIRIN, Paris,
Octobre 1985. 403 pages.

**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*

17 - GUINKO Sita, 1984 : << Végétation de la Haute-Volta > >, Tome 1.
Université de Bordeaux III, Thèse de 3^o cycle
pages 8 à 48 # 318 pages.

**Vu à la documentation de l'ORSTOM.*

18 - GROUZIS M., ALBERGEL J., << Préjoration climatique au Burkina,
et CARBONNEL J.P., date illisible : Faso : effets sur les ressources
en eau et les productions
végétales > > Université Pierre
et Marie CURIE, Paris. 15 pages.

**Vu à la documentation de l'ORSTOM.*

19 - HAUPT Arthur << Guide de Démographie du Population
et KANE Thomas, 1980 : Reference Bureau, Inc.>>. Washington
D.C. (USA).

**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*

20 - INSD, Avril 1984 : << Fécondité des femmes voltaïques. Enquête
post-censitaire 1976>>. Ministère du Plan et
de la Coopération, Ouagadougou. 91 pages.

**Vu à la documentation de l'ORSTOM.*

21 - INSD, Avril 1984 : << Recensement général de la population,
Décembre 1975 : résultats définitifs. Volume
2 : les données départementales>>. Ministère
du Plan et de la Coopération, Ouagadougou.
Non paginé. **Vu à la documentation de l'ORSTOM.*

22 - INSD, 1989 : << Recensement général de la population 1985.

Structure par âge et sexe des villages du Burkina
Faso>>. 2^e édition. Ministère du Plan et de la
Coopération, Ouagadougou. 330 pages.

**Vu à la documentation de l'ORSTOM.*

23 - IPPF, 1988 : << Peoples, Volume 15 N°4 : Les grossesses non
désirées>>. The Lavenham Press ltd. Angleterre.
36 pages (périodique).

**Vu à la documentation de l'ABBEF.*

24 - IPPF, 1989 : << Afrika Link : Prestation de services de
planification familiale>>. Volume 2, N°3 et 4
Avril/Octobre. Publication de la région Afrique.
32 pages (périodique).

**Vu à la documentation de l'ABBEF.*

25 - Les activités de l'OIT, 1985 : << Population, Développement,

- Bien-être familial > >. BIT, Genève,
(SUISSE). 62 pages.
**Vu à la documentation de l'UERD.*
- 26 - MDSDF/PSF-USAID, Octobre 1989 : << Démographie IEC et
planification familiale en milieu
rural : Monographies des villages (région
de Thiès) > >. Rapport préliminaire,
Paris. 57 pages.
**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*
- 27 - NU/CEA, Mai 1981 : << Dynamique de la Population : Fécondité et
Mortalité en Afrique > >. Addis-Abéba
(ETHIOPIE). 685 pages.
**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*
- 28 - NU/DAESI, 1980 : << Manuel IX. Méthodologie des mesures de l'effet
exercé sur la fécondité par les programmes de
planification de la famille > >. Etudes
démographiques n°66, New-York, (USA). 171 pages.
**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*
- 29 - PIPF, 1989 : << Numéro spécial de 1989 > >. 111 Fifth Avenue,
New-York, (USA). 40 pages (périodique).
**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*
- 30 - Population Crisis << Population pressures - Threat to Democracy
Committee, 1989 : Demographic Factors and their Impact on
Political Stability and Constitutional
Government > >. Sharon L. Camp, Washington
D.C. 6 pages (dépliant).
**Vu à la documentation de l'ABBEF.*
- 31 - Population Reports, Décembre 1987 : << Programmes de planning
familial > >. Série J, n°35.

Baltimore, Maryland, (USA).

32 pages (périodique).

**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*

32 - ROSS A. John, RICH M., << Stratégies de gestion de programmes
et MOLZAN P. J., 1989 : de planification familiale >>.

Columbia University, New-York, (USA).

**Vu à la documentation de l'UERD.*

33 - SEBGO Pascaline, Février 1991 : << Analyse situationnelle du
programme de planification familiale
au Burkina Faso. Rapport technique :
Programme de planification familiale
au Burkina Faso >>. DSF, Projet de
recherche opérationnelle et d'assistance
technique en Afrique (The Population
Council) Ouagadougou. 25pages.

**Vu à la Direction de la Santé de la Famille.*

34 - TANKOANO Aguima Frank, 1989 : << Connaissances, Attitudes et
Pratiques en matière de planification
familiale dans un village gourmantché
(Burkina Faso) >>. Thèse de Doctorat en
Médecine. ESSSA, Université de
Ouagadougou. 121 pages.

**Vu avec l'auteur.*

35 - UEPA, sans date : << Colloque sur "Information, Education,
Communication et Planification en Afrique" :
Documents de Base >>. Imprimerie Saint Paul,
Dakar, (SENEGAL). 250 pages.

**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*

36 - UEPA, sans date : << Colloque sur "Information, Education,

Communication et Planification en Afrique" :

Rapport du Colloque > > . Du 30/10 au 04/11/1988 à
Dakar, (SENEGAL).

**Vu au Département Santé de l'ORSTOM.*

37 - VAUGELADE Jacques, 1982 : << Calcul de la fécondité selon le
nombre d'épouses, le nombre de jours consacrés
à chaque épouse et la fréquence des rapports
sexuels >> . Rapport de l'étude Folk-demography ;
annexes 3. 6 pages. Rapport du projet Population
et Développement. Dossier technique n°2,
pages 98 à 103. **Vu avec l'auteur.*

RESUME

Cette étude relative à la Planification Familiale a été réalisée dans le village de Doungou-Nabitenga (département de Pissila / province du Sanmatenga).

Les enquêtes ont été effectuées sur la base de questionnaires individuels que nous avons élaborés et portaient sur des personnes retenues par sondage.

La Fécondité étant la base essentielle de tout accroissement de population, nous nous sommes surtout attelé à mesurer celle des femmes et à analyser leur descendance. Mais nous avons surtout cherché à évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques de cette population en matière de Planification Familiale. Nous avons aussi essayé d'identifier les facteurs favorables et les facteurs défavorables à la Planification des Naissances ; cela nous a permis d'esquisser une stratégie pour son insertion dans ce village.

Mots clés : Burkina Faso - Province du Sanmatenga - Mossi - Fécondité - Planification Familiale

