UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

ECOLE SUPERIEURE DES SCIENCES DE LA SANTE
(E. S. S. SA)

ANNEE 1989

THESE N° 15

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS UN VILLAGE GOURMANTCHE (BURKINA FASO)

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JUIN 1989

PAR :

Aguima Frank TANKOANO
Né le 3 Mars 1961 à PENTINGA (BURKINA FASO)

DIRECTEUR DE THESE
Professeur François CANONNE

MEMBRES DU JURY :

Professeur	Mawupe VOVOR	Président
Professeur	Eusèbe ALIHONOU	Membre
Professeur	Bibiane KONE	Membre
Professeur	François CANONNE	Membre

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Ecole Supérieure des Sciences de la Santé (E.S.S.SA)

PERSONNEL DE L'E.S.S.SA.

Directeur : Rambré Moumouni OUIMMINGA
Directeurs des études : Pascal BONKOUNGOU
Chef des Services Administratifs : Kayira BANSE

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'E.S.S.SA.

ENSEIGNANTS PERMANENTS.

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMMINGA	Anatomie organogenèse et Chirurgie.
Hilaire TIENDREBEOGO	Séméiologie et Pathologie médicales

Professeur associé

François CANONNE	Santé publique

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANON	Chirurgie
Bobilwendé Robert SOUDRE	Anatomie pathologique
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Julien YILBOUDO	Orthopédie-Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Maître Assistant

Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie

Maître Assistant associé

Ould MOHAMMEDI	Dermatologie

Assistants Chefs de Clinique

Pascal BONKOUNGOU	Gastro-Entérologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie
Tanguet OUATTARA	Chirurgie
R. Joseph KABORE	Gynéco-Obstétrique
Mamadou Patrice ZEI	"
Luc SAWADOGO	"
Philippe ZOURE	"
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
François René TALL	Pédiatrie
Issa SANOU	Pédiatrie
Toungo Christian SANOU (in memoriam)	Oto-Rhino-Laryngologie

Assistant Chef de Clinique Associé

Gérard MITELBERG	Psychiatrie

Assistants

Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie

Assistant associé

Akpa Raphaël GBARY	Epidémiologie

Chargés de cours

Annette SCHWEICH	Physiologie
Jean LANDOIS	Chirurgie
Daniel TRANCHANT	Endocrinologie
Maurice GALIN	Oto-Rhino-Laryngologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Institut des Sciences de la Nature (I.S.N.)

Maîtres de Conférences

Sita GUINKO	Biologie cellulaire
S. Alfred TRAOGO	Immunologie

Maître assisant

Didier ZONGO	Génétique

Assistant

Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie cellulaire

Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques (I.M.P.)

Maître de Conférence

Akry COULIBALY	Mathématiques

Maîtres assistants

Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO	Physique
Aboubakary SEYNOU	Statistiques

Institut de Chimie (IN.C.)

Maître de Conférence

Laou Bernard KAM	Chimie

Ecole Supérieure des Sciences Economiques (E.S.S.EC.)

Maître assistant

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY	Psychologie
Dr. Harouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Dr. Jean Zézouma SANOU	Psychiatrie
Dr. Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr. Jean KABORE	Neurologie
Dr. Michel SOMBIE	Planification
Dr. Adama LENGANI	Néphrologie
Mr. Abdoulaye KEITA	Planification
Mr. René DALLA	Statistiques
Mlle Rasmata TRAORE	T.P. Bactériologie
Mr. Casimir KADEBA	T.P. Biochimie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactériologie-Virologie (Dakar)
Pr. José-Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Mr. Mokhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M.K.A. EDEE	Biophysique (Lomé)

O.M.S.

Dr. Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Créteil)
Dr. Frédéric GALLEY	Anatomie pathologique (Lille)
Dr. Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologie infectieuse et parasitaire (Abidjan)
Pr. Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. C. KOUYOUMDJIAM	Biochimie (Créteil)
Pr. Daniel LAURENT	Physiologie (Créteil)
Pr. Michel DUSSARDIER	Physiologie (Marseille)
Pr. Michel JAN	Neuro-Anatomie (Tours)
Pr. Etienne FROGE	Médecine légale Médecine du travail (Tours)
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. P. QUEGUINER	Ophtalmologie (Marseille)
Mlle Evelyne WIRQUIN	Biophysique (Créteil)
Mr. P. JOUANNET	Histologie-Embryologie (Paris)
Mr. THEPOT	Histologie-Embryologie (Paris)
Dr. Claire SCHWARTZ	Endocrinologie (Reims)
Dr. Brigitte DELEMER	Endocrinologie (Reims)

L'Ecole Supérieure des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

D E D I C A C E S

AU PEUPLE BURKINABE qui a fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui,.ce travail exprime notre reconnaissance à ton égard.

A TOUTES LES FEMMES DES ZONES RURALES du Burkina Faso qui souffrent des problèmes de santé liés aux grossesses non planifiées. Notre profonde aspiration est de pouvoir répondre toujours à votre appel.

A MON PERE , A MA MERE :
Vous m'avez élevé avec beaucoup de dévouement et de tendresse, dans l'humilité, la dignité, l'endurance et surtout dans le respect d'autrui.
Je suis particulièrement heureux aujourd'hui, de vous offrir ce travail, début d'une modeste récompense à vos énormes sacrifices.
Puisse le Tout-Puissant vous garder encore longtemps parmi nous.

A MA SOEUR, A MES FRERES , Vous m'avez toujours porté au fond de vous-mêmes. Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance pour la confiance et le respect que vous avez toujours eu à mon égard.

A MA FIANCEE BALIMA RAMATA AIDA, Grâce à ton amour sans réserve, à ta compréhension, à ton aide, j'ai pu mener à terme ce travail, notre travail.
Que tu trouves en moi un amour fort, capable de combler le vide de l'affection maternelle dont tu as été privée trop tôt et que tu ne cesses de regretter.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE,
Le Seigneur t'a arraché précocement à notre affection. Tu n'as pas pu me voir achever mes entreprises. Mais tu peux reposer désormais en paix, sûr que tu as un petit-fils qui continuera ton oeuvre.

A MON BEAU-PERE BALIMA SORE , Grâce à ton soutien moral et matériel j'ai pu mener à bout ce travail.
Puisse le ciel te garder le plus longtemps possible en vie pour être comblé par tes petits fils.

A LA MEMOIRE DE MA BELLE-MERE, Je n'ai pas eu la chance de te connaître, mais je t'aime à travers ta fille, ma fiancée. Le hasard et aussi ta prophétie m'ont introduit dans sa vie. Je saurai la rendre heureuse toute sa vie. Repose donc en paix.

A MES ONCLES ET TANTES
A MES COUSINES ET COUSINS
sentiments affectueux.

A LA FAMILLE OUOBA FRANCIS, sincères reconnaissances.

A LOMPO DJAMANO, Ton courage et ton ardeur au travail m'ont servi d'exemple. Pour tout ton dévouement pour moi, sincère reconnaissance.

A OUOBA DIABOADO, Pour toute ton aide morale et matérielle, merci.

AU Dr. BALLA TRAORE : Vous m'avez supporté durant tout mon cycle d'études médicales. Pionnier burkinabè dans ce métier noble que vous exercez toujours, vous êtes et resterez un exemple pour moi. Recevez à travers ce travail, mes sentiments affectifs.

AU Pr RAMBRE MOUMOUNI OUIMINGA, DOYEN de L'Ecole Supérieure des Sciences de la Santé. Votre courage, votre dynamisme au travail, vos connaissances scientifiques, surtout médicales nous ont séduit. Vous nous avez appris à ne pas reculer devant toute difficulté. Nous sommes les pionniers des Médecins entièrement formées au BURKINA FASO grâce à vos sacrifices. Notre reconnaissance à votre égard est insignifiante par rapport à celle des populations qui disposent de nous.
Puisse le Ciel vous accorder longue vie.

A TOUS NOS MAITRES DE L'ECOLE SUPERIEURE DES SCIENCES DE LA SANTE
Sincères reconnaissances pour toute la formation reçue

A Mr. Stève TAYLOR
A Mr. Charles TWINING
Sincère reconnaissance pour votre soutien à la réalisation de ce travail.

A Mme Brigitte THOMBIANO
Sincère reconnaissance.

A mes AINES les DOCTEURS : Maximin OUOBA
Lt Colonel Y Louis OUOBA
Jean LANKOANDE
Salif LANKOANDE
votre exemple m'a guidé.

A mes AMIS, les INTERNES : **Antoine TAOKO**
Jean-Marie Vianney YAMEOGO
Tadjoa Emile YONLI
André SIMPORE
KONFE Salif
ZOUNGRANA O Robert
Hassane TAMBOURA
en souvenir des difficultés surmontées ensemble.

A tous mes **promotionnaires de l'E.S.S.SA**

A tous mes promotionnaires d'Ecole et du Lycée.

A tous ceux que nous n'avons pas pu citer.

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur Le Professeur Mawupe VOVOR

Vos grandes connaissances scientifiques, votre ardeur au travail, votre disponibilité permanente et l'intérêt que vous portez à vos élèves, font de vous, un grand maître dont la renommée a dépassé les frontières africaines. C'est un réel honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur Le Professeur Eusèbe ALIHONOU

Votre simplicité, votre rigueur dans le travail, vous ont valu la réputation d'être un homme de sciences de grande compétence. Puisse votre ténacité au travail, servir de modèle aux générations futures. Vous nous faites un grand plaisir en acceptant de juger notre travail.
Soyez assuré de notre profonde reconnaissance et notre admiration.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

MADAME LE Professeur KONE née PALE Bibiane

Votre gentillesse, votre sagesse et votre ouverture d'esprit vous valent l'admiration de tous ceux qui vous approchent. Vos connaissances scientifiques, votre sens de l'organisation, votre rigueur au travail et l'attention que vous portez à vos élèves, nous ont séduits lors de notre passage dans votre service. Grâce à votre savoir faire, nous avons aimé la gynécologie-obstétrique. Vous resterez pour nous, un exemple.
Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites, en acceptant, de manière spontanée, de faire partie de notre jury de thèse, malgré vos nombreuses occupations.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur Le Professeur François CANONNE

Nous avons été sensibles à vos immenses qualités humaines, faites de rigueur scientifique, du désir de faire bénéficier les autres de vos connaissances.
Vous nous avez conseillé et aidé avec beaucoup de bienveillance tout au long de l'élaboration de cette thèse.
Qu'il nous soit permis de vous témoigner notre profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

A la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

A la Camarade Directrice

A tout son personnel

Grâce à votre soutien ce travail a pu être réalisé. Puisse l'objectif que nous poursuivons ensemble être atteint un jour.
A vous tous, sincère reconnaissance.

A L'U.S-A.I.D (Ambassade des U.S.A. au Burkina Faso)

A Monsieur le Directeur

A tout son personnel

Pour tout le soutien que vous nous avez accordé, pour toute la disponibilité que vous avez eue à notre égard, nos sincères remerciements.

A l'ORSTOM (Centre de Ouagadougou)

A Monsieur le Directeur

Toute notre profonde gratitude

A Monsieur VAUGELADE : vous nous avez adopté dans votre service.
Répondant à toutes nos sollicitations, vous nous avez fasciné par votre altruisme et surtout par vos connaissances scientifiques diverses. Hélas, la fin de ce travail nous prive de votre chaleur humaine. Nous ne pourrons vous oublier.
Pour tout votre dévouement à la réussite de ce travail, nos sincères sentiments de reconnaissance.

Aux Secrétaires de l'ORSTOM : les privations que vous avez consenties pour la dactylographie de ce travail nous vont tout droit au coeur. Trouvez ici, l'expression de notre profonde gratitude et nos vifs remerciements.

A Messieurs DUBOZ et MAIZI

A Madame MITELBERG

pour tout le service immense rendu, nos sincères reconnaissances.

A tout le personnel de l'ORSTOM, notre profonde sympathie.

Au Personnel de la Bibliothèque de la DEP, notre sincère reconnaissance.

" SI JE VEUX ME PREPARER UN VERRE D'EAU SUCREE,

J'AI BEAU FAIRE, JE DOIS ATTENDRE QUE LE

SUCRE FONDE".

(BERGSON)

Sommaire

RESUME 1

INTRODUCTION GENERALE 3

Chapitre 1 **PROBLEMATIQUE** 5
1.1 ENONCE DU PROBLEME 6
1.1.1 **Définition et objet de la planification familiale** . . . 6
1.1.2 **Origine de l'étude** 7
1.1.3 **Délimitation du problème** 9
1.2 LES OBJECTIFS 9
1.2.1 **Objectif Général** 9
1.2.2 **Objectifs spécifiques** 9
1.3 CADRE CONCEPTUEL 10

Chapitre 2 **DONNEES GENERALES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE** 11
2.1 DROIT A LA PLANIFICATION FAMILIALE 12
2.2 HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 12
2.3 LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE 13
2.3.1 **Age au mariage des femmes** 13
2.3.2 **Effet de l'allaitement** 16
2.3.3 **Effet de la continence post-partum** 17
2.3.4 **Effet de la polygamie** 18
2.3.5 **Pratiques traditionnelles de régulation des naissances** 20
2.3.5.1 Pharmacopée et techniques contraceptives traditionnelles 20
2.3.5.2 Rites et Coutumes (Interdits sexuels) en matière de régulation de la fécondité 21
2.4 ACTIVITES ET POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO 23
2.4.1 **Historique et activité** 23
2.4.2 **Politique de planification familiale** 24

Chapitre 3 **METHODOLOGIE** 26
3.1 LIEU DE L'ETUDE 27
3.1.1 **Critère de choix du lieu d'étude** 27
3.1.2 **Présentation du village enquêté** 27
3.2 BUT DE L'ETUDE 29
3.3 ECHANTILLON 30

3.4 COLLECTE DES DONNEES 30
3.5 TRAITEMENT DES DONNEES 31
3.6 PROBLEMES ETHIQUES 32

Chapitre 4 **PRESENTATION DE LA PROVINCE DE LA TAPOA** 33
4.1 SITUATION 35
4.2 DONNEES DEMOGRAPHIQUES 35
4.3 DONNEES ECONOMIQUES 37
4.3.1 **L'agriculture** 37
4.3.2 **Elevage et pêche** 38
4.3.3 **Le sous-sol** 38
4.3.4 **Environnement et tourisme** 38
4.3.5 **Situation socio-culturelle** 39
4.3.6 **Données sanitaires** 41
4.3.6.1 Les indicateurs sanitaires 41
4.3.6.2 Ressources humaines 41
4.3.6.3 Infrastructures sanitaires 42
4.4 SITUATION ADMINISTRATIVE 43
4.5 DONNEES ETHNO-SOCIOLOGIQUES SUR LES GOURMANTCHE 43
4.5.1 **Place de la femme dans la société gourmantché** . . 44
4.5.2 **Place de l'homme dans la société gourmantché** . . . 44
4.5.3 **Place de l'enfant dans la société gourmantché** . . . 44
4.5.4 **Les facteurs favorisant la polygamie** 45

Chapitre 5 **RESULTATS DE L'ENQUETE ET DISCUSSION** 47
5.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 48
5.2 NIVEAU D'INFORMATION EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE 52
5.2.1 **Information contraceptive avant l'enquête** 52
5.2.2 **Connaissance de la contraception moderne** 53
5.2.3 **Utilisation de la contraception moderne.** 53
5.3 LES METHODES TRADITIONNELLES DE PLANIFICATION FAMILIALE 54
5.3.1 **L'abstinence sexuelle (ou continence) post-partum** . 54
5.3.2 **L'allaitement naturel au sein** 57
5.3.3 **Les autres formes traditionnelles de planification familiale** 61
5.3.3.1 La séparation du couple 62
5.3.3.2 Les interdits sexuels 62
5.3.3.3 La pharmacopée 62
5.4 LES OBSTACLES A LA PLANIFICATION FAMILIALE 63
5.5 FACTEURS FAVORABLES A LA PLANIFICATION FAMILIALE 66
5.5.1 **Les conditions de santé maternelle et infantile** . . 66
5.5.2 **Attitudes favorables a la planification familiale** . . 69
5.5.2.1 Désir d'espacement des naissances 69

5.5.2.2 Attitudes par rapport aux grossesses rapprochées 69
5.5.2.3 Une partie des multipares ne désirent plus d'enfants 70
5.5.2.4 Désir exprimé d'information et de sensibilisation 70
5.5.2.5 Attitudes favorables à la contraception moderne 74
5.5.2.6 La disponibilité financière 75
5.5.2.7 Une attitude religieuse favorable 76
5.5.2.8 Une opinion générale favorable à la planification familiale 77
5.6 LES DIFFERENCES DE COMPORTEMENT ET D'OPINION . . . 78
5.6.1 **Les différences liées au sexe** 78
5.6.2 **Les différences liées à l'âge** 84
5.6.3 **Les différences liées à la religion** 88
5.6.4 **Les différences liées à l'alphabétisation** 91

Chapitre 6 **CHAPITRE SYNTHESE ET PROPOSITIONS** 96
6.1 SYNTHESE DES RESULTATS 97
6.1.1 **Différences d'attitude entre hommes et femmes** . . . 97
6.1.2 **Différences d'attitude entre les jeunes, les chrétiens, les alphabétisés et les animistes, les âgés, et les illétrés** 97
6.1.3 **Meilleure source d'information** 98
6.2 PROPOSITIONS 101
6.2.1 **Mieux connaître** 102
6.2.2 **Organiser** 103
6.2.3 **Former** 104
6.2.4 **Informer** 105

CONCLUSION 108

ANNEXES 109

114

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 115

Tableaux

Tableau 2.1: Age moyen au mariage chez les femmes selon le département 14
Tableau 2.2: Pourcentage de femmes mariées à un polygame selon le département, au Burkina Faso 19
Tableau 4.1: Les différents indices démographiques au Burkina Faso 36
Tableau 4.2: Taux de scolarisation dans la province de la Tapoa par rapport au Burkina Faso à la rentrée 1986-1987 . . 39
Tableau 4.3: Personnel médical et paramedical 42
Tableau 5.1: Répartition de l'échantillon par sexe et par tranche d'âge 48
Tableau 5.2: Situation matrimoniale selon le sexe 48
Tableau 5.3: Alphabétisation selon le sexe 50
Tableau 5.4: Répartition selon la religion 50
Tableau 5.5: Répartition des alphabétisés selon la religion 52
Tableau 5.6: Durée de l'abstinence sexuelle post-partum (ou continence) selon le sexe 54
Tableau 5.7: Nombre d'épouses en fonction de l'âge du mari 55
Tableau 5.8: Durée de l'abstinence sexuelle post-partum en fonction du nombre d'épouses 55
Tableau 5.9: Durée de l'allaitement en fonction de l'âge 57
Tableau 5.10: Durée de l'Aménorrhée post-partum en fonction de l'âge 59
Tableau 5.11: Durée de l'aménorrhée en fonction de l'allaitement . 60
Tableau 5.12: Nombre moyen de grossesses selon l'âge 66
Tableau 5.13: Nombre moyen d'avortements spontanés selon l'âge . 66
Tableau 5.14: Nombre moyen d'enfants décédés (avant 5 ans) selon l'âge de la mère 67
Tableau 5.15: Nombre moyen d'enfants vivants selon l'âge de la mère 67
Tableau 5.16: Désir d'enfants supplémentaires par rapport au nombre d'enfants vivants chez les femmes 70
Tableau 5.17: Désir de sensibilisation à l'espacement des naissances selon le sexe 71
Tableau 5.18: Désir de sensibilisation du (ou de la) conjoint(e) à l'espacement des naissances par rapport au sexe . . 71
Tableau 5.19: Désir de sensibilisation du couple à l'arrêt des naissances selon le sexe 72
Tableau 5.20: Désir de sensibilisation des enfants aux méthodes modernes de planification familiale selon le sexe . . 73

Tableau 5.21: Le désir d'utiliser la contraception moderne en fonction du sexe 74
Tableau 5.22: Attitude par rapport à l'achat des contraceptifs selon le sexe 76
Tableau 5.23: Age au premier mariage selon le sexe 78
Tableau 5.24: Taille idéale de la famille selon le sexe 79
Tableau 5.25: Intervalle inter-génésique idéal selon le sexe 79
Tableau 5.26: Connaissance de la contraception moderne selon le sexe 81
Tableau 5.27: Pourcentage d'individus informés en matière de contraception selon le sexe 82
Tableau 5.28: Désir de contraception du conjoint(e) selon le sexe .84
Tableau 5.29: Pourcentage de grossesses rapprochées selon l'âge .84
Tableau 5.30: Désir d'utilisation de la contraception moderne . . .85
Tableau 5.31: Désir de contraception du(ou de la) conjoint(e) selon l'âge 85
Tableau 5.32: Opinion sur les services de santé ruraux en fonction de l'âge 86
Tableau 5.33: Durée de l'abstinence sexuelle post-partum selon la religion 89
Tableau 5.34: Pourcentage d'individus informés de la contraception selon la religion 89
Tableau 5.35: Connaissance de la contraception moderne selon la religion 90
Tableau 5.36: Désir d'utilisation de la contraception moderne selon la religion 90
Tableau 5.37: Désir de la contraception du (ou de la) conjoint (e) 91
Tableau 5.38: Taille idéale de la famille par rapport à l'alphabétisation 93
Tableau 5.39: Durée de l'abstinence sexuelle post-partum en fonction de l'alphabétisation 93
Tableau 5.40: Pourcentage d'individus informés sur la contraception en fonction de l'alphabétisation 94
Tableau 5.41: Connaissance de la contraception moderne selon l'alphabétisation 94
Tableau 5.42: Désir d'utiliser la contraception moderne selon l'alphabétisation 95
Tableau 6.1: Meilleure source d'information en planification familiale par rapport au sexe 99

RESUME

La planification familiale est un sujet d'actualité dans les pays en développement et, en particulier, au Burkina Faso.

Le choix de ce sujet a été fait à partir d'un cas clinique d'avortement spontané chez une multipare (11 gestes, 10 pares, 1 avortement spontané) âgée de 38 ans.
Des entretiens avec d'autres individus de la même communauté nous ont permis d'orienter notre travail sur le sujet "Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de planification familiale dans un village gourmantché" (lieu d'observation du cas clinique). Ce milieu est très connu de l'investigateur principal.
Pour cette étude nous avons procédé à une enquête à partir d'un questionnaire. L'échantillon tiré au hasard a porté sur 60 hommes et 60 femmes, âgés de plus de 15 ans.

Le principal résultat porte sur l'unanimité des réponses en faveur de la planification familiale dans cette zone rurale où l'accès à l'information en matière de contraception est très difficile.
Les différences existant au sein de cette communauté sont celles ayant trait au sexe d'une part, et d'autre part celles liées à l'âge, à la religion et à l'alphabétisation.
En effet les femmes désirent une famille plus grande, un espacement plus long des naissances et sont favorables à la contraception du conjoint.
Les hommes eux, désirent moins d'enfants, des espacements plus courts des naissances, et sont moins favorables à la contraception du conjoint.
Quant à la deuxième catégorie de différence, elle oppose :
- les jeunes (moins de 30 ans), les lettrés et les chrétiens, qui sont très favorables à toute innovation en matière de contraception dans leur milieu. La courte durée de l'abstinence, observée dans ce groupe, constitue une stimulation à la pratique de la contraception moderne.
- les vieux (adultes de 30 ans et plus), les illettrés et les animistes, sont moins favorables aux méthodes modernes de contraception, compte tenu de leurs habitudes sexuelles traditionnelles.

Il existe dans ce milieu un besoin en planification familiale parce que notre étude a révélé :
- des grossesses chez des adolescentes (à cause du mariage précoce chez les femmes);
- des grossesses rapprochées;
- une grande multiparité;
- des grossesses chez des femmes âgées (40 à 49 ans).
Ceci constitue des grossesses à haut risque nécessitant un apport de contraceptifs.

Si d'autres méthodes traditionnelles de contraception (pharmacopée) n'ont pas été décrites, les méthodes naturelles que constitue l'abstinence, pratiquée à cent pour cent (renforcée par l'aménorrhée due à l'allaitement), contribuent énormément à l'espacement des naissances.
La polygamie participe en partie à l'augmentation de la durée de l'abstinence.
Les agents de santé primaire sont, selon notre étude, la meilleure source d'information en matière de sensibilisation à la planification familiale, parce qu'ils sont plus proches culturellement et socialement des individus à sensibiliser.
Il faut, d'autre part, répondre à la demande spontanée de contraceptifs, constatée au cours de cette étude.
Avec ce travail, l'espoir de voir un jour les populations rurales utiliser les contraceptifs modernes n'est plus un rêve. Mais il faut que les initiateurs des programmes de planification familiale soient patients à l'égard de certaines coutumes et pratiques traditionnelles qui, au fil des temps, seront abandonnées.

INTRODUCTION GENERALE

La Conférence d'AlMA-ATA sur "les soins de santé primaires" (OMS 1978) recommandait : "*d'accorder la plus haute priorité aux services destinés aux groupes les plus nécessiteux et les plus défavorisés, tels que les enfants, les femmes et la population rurale, et d'inclure les services de planification familiale dans les programmes d'hygiène maternelle et infantile*".

D'autre part, le lien entre population, ressources et développement national, est devenu de plus en plus évident et a conduit bien des gouvernements à adopter une politique officielle en matière de population.

En effet, un fort taux de croissance démographique limite le progrès socio-économique, en particulier l'amélioration de la santé maternelle et infantile, la baisse du taux de mortalité maternelle, la possibilité d'éducation.

C'est conscients de cette évidence que, beaucoup de pays dans le monde, ont adopté la planification familiale comme stratégie en la matière et surtout les gouvernements des pays africains.

Beaucoup de traités, de conférences, portent sur les décès maternels et les avortements clandestins septiques dûs aux grossesses non désirées. Les grossesses trop rapprochées et nombreuses (le "**syndrome de déplétion maternelle**"), sont fréquentes dans les pays en voie de développement. Ces problèmes de santé de la mère et de l'enfant sont la conséquence de l'absence de maîtrise de la fécondité.

Si l'on veut faire diminuer ces décès, ces avortements ainsi que ce fardeau quotidien que représentent les grossesses nombreuses et très rapprochées, il faut s'intéresser à la stratégie pour obtenir des modifications du comportement des populations vis-à-vis de la fécondité, donc à la planification familiale.

Depuis des années, on a identifié ce problème comme prioritaire. Beaucoup d'organismes intervenant dans le domaine de la planification familiale ont beaucoup oeuvré pour la mise en place de programmes dans de nombreux pays en voie de développement.

Le but de ce travail est de déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de planification familiale dans une communauté rurale afin d'en appréhender les besoins en planification familiale.
Le médecin peut et doit s'intéresser aux problèmes de santé communautaire, surtout à ceux qui sont prioritaires pour la collectivité. La planification familiale est l'un de ces problèmes préoccupant les populations en général, et les zones rurales en particulier.

Par cette étude, nous entendons apporter notre contribution à la diminution des fléaux que représentent la forte mortalité maternelle due aux avortements clandestins, la forte mortalité infantile et le "syndrome de déplétion maternelle" dûs aux grossesses rapprochées et à la grande multiparité.

Nous présenterons successivement :

- l'énoncé du problème;
- les données générales en matière de planification familiale, en particulier celles relatives au Burkina Faso;
- la méthodologie adoptée pour notre étude;
- une présentation de la province de la Tapoa (lieu de l'enquête);
- enfin les résultats, les conclusions et les propositions.

Chapitre 1

PROBLEMATIQUE

1.1 ENONCE DU PROBLEME

1.1.1 Définition et objet de la planification familiale

La planification familiale est un phénomène ancien dont l'essor actuel est très rapide.

Selon **PECHEVIS**, cité par **TSOU (1988)**, il apparaît que "*La planification familiale est un ensemble de mesures techniques, psycho-sociales et éducatives qui permettent aux couples ou aux individus d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilités et de leurs désirs. Ce sont :*

- *favoriser les naissances désirées,*
- *agir sur les intervalles entre les naissances,*
- *éviter les naissances non désirées,*
- *déterminer le nombre d'enfants qu'ils souhaitent pour constituer une famille*".

Pour **MAINE** et **REVSON (1981)** : "*La planification familiale contribue à l'amélioration de l'état de santé de la femme en lui permettant d'éviter les grossesses à haut risque*".

Quant à **DARZINSKY (1975)**, il dira : "*La planification familiale est la seule façon de contrôler les intervalles entre les naissances tout en améliorant la santé de la mère et de l'enfant et en s'assurant la survie de tous les membres de la famille*".

C'est dire que la planification familiale est une méthode préventive contre les grossesses non désirées, les grossesses trop rapprochées et de ce fait permet de contribuer à éviter l'avortement septique. Elle permet de contrôler les intervalles inter-génésiques et améliore l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Selon **BEGHIN**, cité par **TSOU (1988)** ; "*la contraception a fini par s'imposer en France et y acquérir droit de cité. Il n'y a plus personne pour la discuter*".

Si dans les pays développés l'on ne discute plus la contraception, dans les pays en voie de développement, le problème est tout autre, en particulier en Afrique au sud du Sahara.

Des milliers de femmes meurent chaque année ou d'avortements septiques ou des maternités précoces et trop nombreuses, laissant

derrière elles de nombreux orphelins à la charge des familles ; sans oublier le nombre d'enfants qui décèdent dans le monde à cause de la non maîtrise de la fécondité.

Il est évident que la planification familiale est le moyen privilégié pouvant contribuer à sauver ces milliers de vie.

L'ampleur des fléaux inhérents à la non maîtrise de la fécondité dans les pays en voie de développement laisse penser que le niveau d'utilisation des méthodes modernes de planification familiale est encore trés bas. Ce taux est **au-dessous de 15% dans toute l'Afrique** hormis la Tunisie et l'Egypte qui ont respectivement 19% et 20% d'utilisation des méthodes modernes de planification familiale **(CDC, 1987)**.

Selon un dossier d'information de l'OMS : "*Environ 95 % des habitants du monde en développement vivent dans des pays qui appuient les programmes de planification familiale de façon quelconque. Mais il y a à peu près 300 millions de couples, surtout parmi les habitants des régions rurales, qui ne souhaitent plus avoir d'enfants mais qui n'emploient aucune méthode de planification familiale, essentiellement faute d'accès aux services adéquats*" **(OMS, 1987)**.

S'agissant du cas du Burkina Faso, selon un rapport du ministère de la santé et de l'action sociale, **le taux d'utilisation** des services de **planification familiale** est de **0,70% (M.S.A.S., 1986)**. L'ampleur des avortements dans les hôpitaux nationaux **(RAMDE F., 1989)** laisse entrevoir un nombre important de décès suite à des avortements illégaux même si on ne dispose pas de statistiques fiables dans ce domaine.

Dans la Province où nous avons fait notre étude, le problème est tout à fait similaire. Le **taux d'utilisation** des services de **planification familiale** est de **0,07% (M.S.A.S 1986)**. Quant aux statistiques sur les avortements elles n'existent pas.

1.1.2 Origine de l'étude

Nous avons été amenés à nous intéresser à ce problème à partir d'un **cas clinique vu**.

Une matinée de vacances après la cinquième année de médecine, nous fûmes appelés en urgence par l'accoucheuse villageoise au Poste de Santé Primaire pour nous occuper d'une patiente. Elle présentait une rétention placentaire suite à un avortement spontané de 5

mois. Un curage digital (laborieux) nous permit de la soulager. Cette patiente était une 11° geste, 10 pares, 7 enfants vivants, deux décédés et un avortement spontané à l'âge de 38 ans.

Nous demandâmes à cette patiente si elle n'avait pas assez d'enfants pour continuer à procréer. Elle nous répondit très confiante : "*sept enfants vivants, c'est même un peu trop. Je ne souhaite que conserver le reste de mes forces pour les éduquer. Mais je ne possède aucun moyen pour éviter les grossesses et je n'ose pas refuser les rapports sexuels avec mon mari. Cette fois-ci j'ai survécu grâce à vous!*".

L'accoucheuse villageoise nous révéla d'une part, que "*beaucoup de femmes manifestent le désir de ne plus avoir d'enfants*" et d'autre part "*qu'elle n'a reçu aucune consigne de la part de son superviseur, en matière de contraception, et par conséquent elle n'a pas le droit d'initier une tâche qui n'émane pas de ses supérieurs*".
Nous profitâmes de l'occasion pour parler de la planification familiale aux femmes du village lors d'une consultation prénatale. Au cours de notre exposé, les femmes, très attentives, nous révélèrent qu'elles accepteraient volontiers d'utiliser la contraception moderne qui leur permettra de se "reposer des maternités excessives".

Plusieurs facteurs orientèrent cet intérêt vers une étude sur les connaissances, les attitudes et pratiques en matière de planification familiale.
Au cours de notre 6è année de médecine, l'enseignement de la méthodologie appliquée à la recherche nous incita à choisir un sujet utile pour ces femmes.

Lors de notre stage rural de santé publique dans la même région, un entretien eût lieu entre la cellule de santé villageoise et nous. Une femme de 52 ans y était membre.
En engageant la discussion sur la Planification Familiale, nous fûmes surpris par le besoin exprimé de services de planification familiale dans ce village et cette femme nous dit: "pensez-vous que, si j'avais accouché trois fois seulement, j'aurais dépéri de la sorte. J'ai accouché 7 fois, et c'est fatigant. Les hommes peuvent désirer autant d'enfants qu'ils veulent parce qu'ils ne savent pas et ne sauront jamais ce que c'est que les douleurs de l'enfantement".

Or le médecin et en général l'intellectuel, a le préjugé suivant sur les gens qui vivent en zone rurale : celui d'être pronatalistes. C'est pris entre cet appel à l'aide (vécu sur le terrain) des femmes du milieu rural et le préjugé "pronataliste" que l'intellectuel se fait d'elles que nous décidâmes de mener une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de planification familiale en milieu rural afin d'en dégager les besoins en la matière ainsi que les obstacles pouvant y exister.

1.1.3 Délimitation du problème

Il est important de circonscrire le cadre de notre étude. Lorsqu'on évoque le besoin en planification familiale, on pense aux avortements illégaux et septiques, aux décès maternels et infantiles dûs aux grossesses nombreuses et rapprochées.

Dans notre cas, nous étudierons les besoins en matière de planification familiale tels qu'ils sont ressentis par les populations rurales, après une enquête dans ce milieu.

"*On a toujours pensé que les femmes des pays en voie de développement ont des familles nombreuses parce qu'elles le désirent. Pourtant ce n'est souvent pas le cas*" (Deborah MAINE 1981). Selon toujours le même auteur, "*même quand elle ne veut plus d'enfants, souvent la femme du tiers-monde n'emploie pas de méthodes contraceptives modernes*". La question reste à savoir pourquoi elle n'emploie pas de méthode contraceptive moderne ? En a-t-elle vraiment besoin ou qu'est-ce qui l'empêche d'en utiliser ? Nous avons essayé d'y répondre par une étude menée dans un village Gourmantché de la province de la Tapoa.

1.2 LES OBJECTIFS

1.2.1 Objectif Général

Déterminer les connaissances, les pratiques et attitudes, ainsi que les obstacles et les facteurs favorables en matière de planification familiale dans un village.

1.2.2 Objectifs spécifiques

1) Déterminer le niveau d'information en Planification Familiale,

2) Identifier les méthodes traditionnelles de Planification Familiale,

3) Identifier les obstacles à la Planification Familiale,

4) Identifier les arguments favorables à la planification Familiale,

5) Déterminer s'il y a une différence de comportement selon le sexe, l'âge, l'éducation et la religion,

6) Formuler des propositions.

1.3 CADRE CONCEPTUEL

Dans le cadre de ce travail sur la planification familiale en milieu rural, nous avons choisi de nous référer à **VIRGINIA Henderson** citée par **TSOU (1988)** : "*l'homme est un être bio-psycho-social ayant 14 besoins fondamentaux*" parmi lesquels nous retiendrons :

- *celui d'apprendre,*
- *celui de communiquer,*
- **et celui d'éviter le danger.**

Ces trois besoins retenus cadrent bien avec le rôle de l'agent de santé, ou de façon générale, du prestataire de services de planification familiale. Celle-ci permettra d'éviter les conséquences des grossesses non désirées .

Chapitre 2

DONNEES GENERALES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

2.1 DROIT A LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le Plan d'action pour la population mondiale défini à Bucarest en 1974 stipule que : "Tous les couples et individus ont le droit fondamental de décider librement, et en toute connaissance de cause, de l'espacement de leurs enfants et de recevoir à cet égard, l'information, l'éducation et les moyens nécessaires" (OMS, 1987 a).

Ceci nous permet d'affirmer que la planification familiale, même d'option libre, est une nécessité pour les populations rurales du BURKINA FASO.

2.2 HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La planification familiale a été une préoccupation de tous les temps. Pendant une grande partie de l'histoire de l'humanité et jusqu'au seuil de la période industrielle, la croissance démographique est restée stable. La population mondiale augmentait de moins de 1 % tous les dix ans contre 25 % par décennie aujourd'hui. Cette régulation de la croissance était liée au contexte économique et social : la mortalité générale était très importante, l'espérance de vie limitée (guerre, épidémie, catastrophe naturelle).
En période prospère et sans fléau, la croissance démographique pouvait parfois menacer l'équilibre social et économique: plus de bouches à nourrir et risque de disette chez les plus pauvres. Ceci conduisait à la recherche de solutions diverses :

- recul de l'âge au mariage,
- augmentation du célibat.

En cas de crise ou de forte mortalité, l'âge au mariage pouvait être avancé avec augmentation des mariages.

Individuellement, des mesures cherchant à limiter la descendance ont, semble-t-il toujours existé: 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 visée contraceptive. Puis les contraceptifs modernes vont commencer à voir le jour.

D'après SIDNEY et GORDON (1985), le premier diaphragme fut l'oeuvre de l'Allemand C. HASSE en 1850. La première cape cervicale fut élaborée en 1938 par un gynécologue allemand du nom de F.A. WILD.
Pendant la première moitié du 20 ème siècle, les diaphragmes et les condoms ont été les contraceptifs les plus utilisés aux Etats-Unis.
Mais qu'elle est la place faite à l'Afrique en matière de planification familiale ?

2.3 LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE

2.3.1 Age au mariage des femmes

En Afrique, l'âge au premier mariage est précoce pour les femmes.

"*En Afrique, 55 % des femmes de 15 à 19 ans sont mariées. Le mariage proche des premières règles est commun dans la plupart des régions islamiques telles que le Sahel (Mali, Tchad, Niger) et surtout le Nigéria où les femmes se mariaient en 1965 à 14,8 ans en moyenne*" (Population Reports,1980).
Des chiffres parlant de ces mariages précoces ont pu être donnés : *"le pourcentage de femmes mariées à 18 ans est de 45 % au Kenya, 62 % au Sénégal*" (OMS, 1987 a).

Le tableau 2.1 illustre l'âge moyen au mariage au Burkina Faso.
Nous constatons que c'est le département de l'Est qui a le plus bas âge moyen au mariage, avec le Sahel (15,7ans). La moyenne pour le pays étant de 17,1 an.

Tableau 2.1 : Age moyen au mariage chez les femmes selon le département

DEPARTEMENT	Age moyen au mariage
Centre	17,6
Centre - Est	17,1
Centre - Nord	17,2
Centre - Ouest	17,8
Est (*)	15,7
Hauts-Bassins	17,9
Nord	17,3
Sahel	15,7
Sud - Ouest	19,4
Volta-Noire	17,1
BURKINA-FASO	17,1

Source : Haute-Volta - Recensement 1975 Vol II

(*) L'ancien département de l'Est constitue actuellement :
- la Province du Gourma (chef lieu Fada N'Gourma)
- la Province de la Gnagna (chef lieu Bogandé)
- la Province de la Tapoa (chef lieu Diapaga) ; c'est dans cette province que nous avons réalisé notre étude.

Cette précocité des mariages en Afrique a pour conséquences :

1) Une procréation vécue jeune

"Les pays d'Afrique se trouvant au Sud du Sahara ont le taux de maternités précoces le plus élevé du monde. Leur moyenne s'élève à 50 % de plus que dans les autres régions à taux de fécondité élevée" (C.D.C., 1985).

2) Une augmentation de la taille finale de la famille

Il nous apparaît évident que si une femme se marie trop tôt, elle commencera à avoir des enfants plus tôt. Elle vivra donc une période plus longue d'exposition à la conception. Ce qui va aboutir à une descendance finale nombreuse.

Selon **ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1984)**,"*les femmes mariées à un très jeune âge ont plus d'enfants en moyenne que celles qui se marient plus tardivement. Les femmes mariées à l'âge de 15 ans au moins ont 5,6 enfants en moyenne, contre 3,7 enfants pour les femmes mariées à 18 ou 19 ans*".

POPULATION REPORTS (1980) abonde dans ce sens : "*Un mariage plus tardif réduit les taux d'accroissement de la population parce qu'il signifie :*

- un raccourcissement de la période féconde durant laquelle il y a risque de grossesse et,

- un allongement de l'intervalle inter-génésique".

Pour ces femmes mariées jeunes, la procréation et les soins des enfants deviennent à la longue, leur principale raison d'être au sein de la famille et de la communauté. Cet état des choses les encourage moins à limiter les dimensions de la famille.

3) Risques liés aux grossesses précoces

Les grossesses précoces ont un impact sur la santé des adolescentes et des enfants qui en naissent.
On sait que c'est chez les mères adolescentes que la mortalité infantile et maternelle est la plus élevée.
Selon **OMS (1987 a)**, "*dans une étude menée au Nigéria, le taux de mortalité maternelle était sept fois plus élevé chez les adolescentes âgées de 15 ans que chez les femmes de 20 à 24 ans*".
Et selon toujours le même auteur, "*les adolescentes enceintes courent un risque plus élevé de complications de la grossesse et de l'accouchement*".

On estime qu'aux "**ménarches, la jeune fille a encore 4 % à gagner en stature et 8 à 12 % en largeur du bassin**" **(OMS, 1986)**. Ce qui permet d'expliquer certaines dystocies chez les adolescentes parturientes. Le même rapport conclut : "*retarder la première grossesse réduira la mortalité et la morbidité attribuables aux accouchements dystociques*".
Les enfants nés de mères adolescentes courent un risque accru de prématurité qui peut augmenter la mortalité néo-natale.

Selon **POPULATION REPORTS (1985 a)** "*dans une étude menée dans une région du Nord du Nigéria, près de 20 % des enfants nés des mères de 15 ans ou moins, sont morts au cours de la période néonatale*".

Les adolescentes, par leur inexpérience ne sont pas aptes à s'occuper des nouveaux-nés qui ont besoin de soins particuliers encore moins des prématurés.

4) Risques liés à la multiparité

En Afrique, la multiparité est courante. Ce qui a valu à **MAINE** et **REVSON (1981)** de dire que "*les femmes des pays sous-développés ne cessent de procréer pendant 20 ans ou 25 ans*".

Cette multiparité n'est pas sans danger sur la santé de la mère et de l'enfant. Selon le même auteur, "*le taux de mortalité maternelle augmente avec l'ordre des naissances parce que le nombre de complications pendant la grossesse s'accroît brusquement après la troisième grossesse*".

Cette observation a été réaffirmée par l'**OMS (1986)** : "*les grandes multipares sont exposées par leurs grossesses répétées à un plus grand risque de décès par anémie, hémorragie, septicémie et rupture utérine*".

Il a été démontré que la multiparité jouait un rôle dans les ruptures utérines : **SORE (1985)**, étudiant les ruptures utérines, observe que : "*la multiparité est le facteur le plus fréquemment évoqué. Elle intervient dans 15 % des cas à partir de la quatrième parité*".

La multiparité a été décrite en particulier au Zaïre où, selon **BARWANGA (1974)**, "*il n'était pas rare de voir une maman avoir 10 enfants en 25 ans de mariage et d'en voir seulement 3 ou 4 parvenir à l'âge du mariage*". Ici nous constatons qu'elle conduit à l'augmentation de la mortalité infantile.

2.3.2 Effet de l'allaitement

Des études récentes faites en Afrique ont montré que "*l'instrument principal d'espacement des naissances est constitué par l'allaitement prolongé ; de 18 mois environ, il entraîne une aménorrhée d'environ 12 mois*" (**ECO MONDE, 1986**).

D'autre part, le rôle de l'allaitement a été bien défini : "*l'allaitement au sein peut assurer une meilleure nutrition aux nourrissons et espacer les naissances naturellement*" (Impact Projet, 1986).

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.

Dans bien des pays en développement, **"l'allaitement au sein contribue davantage, aujourd'hui encore, à l'espacement des naissances que toutes les autres méthodes, modernes ou traditionnelles de planification familiale réunies" (OMS, 1982).**

La durée de l'allaitement semble avoir une influence marquée sur l'intervalle entre l'accouchement précédent et l'accouchement actuel. Cela se vérifie par une étude menée par **ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1984) :**

- au Mali, 95 % des Maliennes ayant allaité pendant 18 mois et plus avaient un intervalle inter-génésique moyen de 30,8 mois ;

celles ayant allaité leur dernier enfant durant moins d'un an étaient plus susceptibles d'avoir donné naissance à un autre enfant avant deux ans révolus ;

- au Sénégal, celles ayant allaité pendant 18 mois ou plus avaient un intervalle inter-génésique moyen de 37,2 mois ;

- en Egypte, les femmes rurales allaitent en moyenne 17,9 mois.

Le rôle de premier plan que joue l'allaitement maternel dans l'espacement des naissances est évident ; à tel point qu'une réunion consacrée à cette question a calculé que dans les pays sous-développés, surtout Africains, "***on pourrait s'attendre à voir les taux de fécondité déjà élevés, augmenter de plus de 50 % si les pratiques d'allaitement maternel devaient changer et ressembler à celles qui caractérisent les pays industrialisés***" (OMS, 1982).

2.3.3 Effet de la continence post-partum

Parlant de l'abstinence en Afrique, **POPULATION REPORTS (1980)**, signale : "la fécondité relativement ***faible des femmes sans éducation est dûe davantage à*** l'abstinence ***qu'à l'emploi intentionnel de technique moderne de régulation des naissances***", et **MANGAY (1987)**, d'ajouter : **"le moyen le plus fréquemment employé pour éviter une grossesse est l'abstinence".**

Des données chiffrées sur l'abstinence ont été fournies par une étude menée par **ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1984)** : "au Cameroun,

la durée moyenne de l'abstinence post-partum est de 13 mois". Les femmes Maliennes de moins de 20 ans la maintiennent à 9 mois en moyenne.
Selon toujours cette étude, un an après accouchement, 60 % des femmes au Mali s'abstiennent de tout rapport sexuel.

De façon générale, l'abstinence post-partum, très répandue autrefois, tend maintenant à diminuer. "*Dans un tel régime, les intervalles entre les naissances se situaient entre 30 et 36 mois. Actuellement, la disparition progressive de l'abstinence post-partum et une diminution des durées d'allaitement, entraînent un raccourcissement des intervalles entre les naissances*" (Eco Monde Afrique, 1986).

2.3.4 Effet de la polygamie

En Afrique, particulièrement dans le milieu traditionnel, la polygamie est très répandue.
Au Burkina Faso, selon une étude faite en 1984, il ressort que, "*la polygamie semble remplir pour la population, un besoin social (prestige, intégration dans la société des veuves et des divorcées), économique (main d'oeuvre) et religieux*" (Nations-Unies, 1984).
Cette même étude a permis aussi de constater que "la descendance et les taux de fécondité sont, à tous âges, plus faibles chez les épouses de polygames que chez les monogames".

C'est dire que la polygamie a un effet sur la descendance finale des femmes. Mais, si l'on considère la descendance finale de l'homme polygame, il va sans dire que le nombre d'enfants sera d'autant plus grand selon qu'il possède 3, 4 ou 5 femmes. Certes, la rivalité entre coépouses sur le nombre d'enfants que chacune possède peut contribuer à augmenter la taille des familles polygames.

YERBANGA (1967), confirme cette assertion : "*la polygamie est pratiquée dans le but d'avoir une famille nombreuse et par le fait, forte et prospère*".

Le but de la polygamie, dégagé par tous ces écrits, est d'avoir beaucoup d'enfants afin d'être prospère.

Mais d'autres récits, récents, vont apporter la lumière sur l'effet de la polygamie sur l'espacement des naissances.

"*La polygynie (le fait d'avoir plus d'une femme), a aussi constitué un moyen traditionnel important de planification familiale en renforçant les effets de la continence post-partum, en fournissant au mari, une autre partenaire sexuelle. Cela évite la reprise prématurée des relations sexuelles, ou plutôt l'amoindrit*" (C.D.C, 1987).

Il est tout à fait probable que, la polygamie cache d'autres aspects favorables à la santé de la mère et de l'enfant qui n'ont pas été décrits.

Tableau 2.2 : Pourcentage de femmes mariées à un polygame selon le département, au Burkina Faso

Département	% de femmes mariées à 1 polygame
Centre	32,0
Centre - Est	27,6
Centre - Nord	32,7
Centre - Ouest	37,3
Est *	25,7
Hauts - Bassins	28,7
Nord	31,7
Sahel	12,3
Sud - Ouest	25,8
Volta-Noire	26,7
BURKINA FASO	29,4

Source : Haute-Volta - Recensement 1975- Vol.II.

* Département de l'Est : est divisé actuellement en 3 provinces dont l'une est la Tapoa où nous avons réalisé notre étude.

On constate que le pourcentage de femmes mariées à des polygames (25,7 %) est en-dessous de la moyenne générale au Burkina Faso (29,4 %).

2.3.5 Pratiques traditionnelles de régulation des naissances

2.3.5.1 Pharmacopée et techniques contraceptives traditionnelles

Omettre d'en parler serait méconnaître les valeurs de la société traditionnelle africaine.

Nul doute que le continent en regorge d'une région à une autre ; mais nous ne disposons que des exemples du Nigéria, décrits par **Florence A. TOLUSHE**, professeur de soins infirmiers et qui dirige un projet pilote de promotion de contraceptifs dans l'état du Kwara au Nigéria (**ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1985**). Selon elle, ces techniques comprennent l'utilisation d'idoles, de mélange d'herbes, de phylactères, d'incantations et d'infusions :

- **le Tira** : concoction d'herbes, enveloppée dans une peau de serpent tissée de fils de couleur. Les femmes portent cet objet sur la peau pendant leurs rapports sexuels ou le gardent sous l'oreiller pour prévenir la conception.

- **l'Igbadi** : bracelet en peau de léopard, se porte pendant les rapports sexuels. De même que les enfants s'enfuient à la vue du léopard, le bracelet en peau de léopard éloigne les enfants non désirés.

- **le Teso** est préparé après consultation du médecin-sorcier à l'aide d'une plume rouge de perroquet. Il est utilisé pour prévenir la promiscuité avec les jeunes filles. L'homme ne peut avoir de rapports sexuels avec une fille portant le teso.

- **l'Ado** est un pessaire en cuir, fil et plumes insérés dans le vagin avant les rapports sexuels.

- **l'Omi Oku** est une infusion faite à partir de l'eau utilisée pour baigner les morts. Après les rapports sexuels, la femme récite une incantation et boit le liquide dont elle croit qu'il empêche le sperme de l'homme de la féconder.

- **l'Omolangidi** est une idole conservée dans un coin d'une pièce et à laquelle on fait tous les jours des offrandes pour "manifester l'amour pour l'enfant qui n'est pas né". Lorsque la femme veut avoir un enfant, elle fait des sacrifices et enterre l'omolangidi.

les effets escomptés de ces pratiques contraceptives sont difficiles à démontrer surtout scientifiquement.

D'autres pratiques ont été décrites, telles les cordelettes et amulettes autour de la ceinture pelvienne, les toiles d'araignée et les suies des cuisines à insérer au niveau du col, sont évoqués au Burkina Faso. Aucune étude n'a été faite sur leur efficacité.

Dans d'autres régions africaines,"*certaines plantes servent de spermicides, la Saponaria officinalis ou Enterolobium clyclocarpum utilisés en Egypte, ou de contraceptifs tels le Sphaeranthus cyathuloïde en Tanzanie. Ainsi on a pu voir que le Combretodendron africanum, utilisé en Côte-d'Ivoire avait pour effet d'empêcher la nidation chez les rats*" (C.D.C., 1985).

A côté de ces pratiques, il y a l'avortement dans la tradition africaine. "L'avortement provoqué est, dans de nombreuses régions d'Afrique, une forme traditionnelle de régulation des naissances" (POPULATION REPORTS, 1987 a). Selon cette revue, l'avortement était pratiqué le plus souvent quand une femme transgressait le tabou de la lactation et devenait enceinte tout en donnant le sein.

Des femmes du Bénin, du Nigéria, de la Tanzanie, du Zaïre et de la Zambie auraient eu recours à l'avortement pour éviter les conséquences sociales des grossesses non souhaitées.

Une étude faite au Ghana a montré que "*dans une famille étudiée pendant plusieurs générations, l'incidence de l'avortement provoqué a atteint 53 avortements chez 100 femmes qui n'ont jamais accouché*". (POPULATION REPORTS, 1987 a).

L'OMS a compilé des renseignements sur l'usage des contraceptifs et des abortifs traditionnels et a pu documenter l'emploi de plus de 500 plantes et substances différentes en Afrique.

Mais l'efficacité de ces pratiques est précaire. Peut être, d'autres pratiques viendront renforcer la pharmacopée traditionnelle.

2.3.5.2 Rites et Coutumes (Interdits sexuels) en matière de régulation de la fécondité

Parlant de ces interdits sexuels africains existant dans chaque société traditionnelle, VAN BALEN (1975) dira : "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". La pratique

courante est, le départ de la femme qui vient d'accoucher, chez ses parents, pour une période assez longue de deux ans. Ceci, pour permettre le développement de l'enfant et surtout éviter les rapports sexuels.
Une étude menée toujours par VAN BALEN a constaté que dans certaines sociétés polygames, le retour de la mère chez ses parents durant toute la période d'allaitement a provoqué un intervalle inter-génésique de 3 ans environ en Afrique de façon générale. Celui-ci est de 35,5 mois au Nigéria où la mère retourne chez son mari quand l'enfant a l'âge de 2 ans.
Plusieurs auteurs ont cité cette méthode : en Afrique, "les femmes ont donc toujours fait de leur mieux pour espacer les naissances par des méthodes traditionnelles. La plus courante et la plus efficace est la séparation du couple après la naissance du bébé : la mère peut vivre avec son enfant chez sa mère ou sa belle-mère" (ECO MONDE AFRIQUE, 1986).
Au Congo, à Brazzaville, "*souvent après l'accouchement, la femme part au village et s'abstient de relations sexuelles pendant l'allaitement*" (DUBOZ, 1979).

Tous ces interdits et tabous sexuels laissent percevoir le désir de protéger l'enfant, de ne pas perturber la "symbiose" mère-enfant.

Dans beaucoup de pays africains, les interdits sexuels, les maladies des nourrissons (diarrhée, kwashiorkor) attribuées à la violation de ces tabous, le jugement sévère porté sur la mère allaitante qui retourne chez son mari précocement, expriment la pression sociale pour protéger cette "symbiose" excluant pendant un certain temps toute autre relation intime.

Ce désir de préserver la "symbiose" mère-enfant (santé de la mère et de l'enfant, espacement des naissances) par la société traditionnelle africaine, prouve que la planification familiale n'y est pas un phénomène nouveau.

Ceci peut servir de cheval de bataille lors de campagnes de sensibilisation de planification familiale d'autant plus que la communauté traditionnelle y attache une très grande importance.

2.4 ACTIVITES ET POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

2.4.1 Historique et activité

s

En 1978, la planification familiale a été adoptée au Burkina Faso après la déclaration d'Alma Alta sur les soins de Santé Primaires. De 1978 à 1985, les activités de planification familiale étaient menées de façon éparse, au niveau des maternités, des hôpitaux, et par quelques agents formés en planification familiale grâce à l'Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial (A.B.B.E.F) et à l'U.S-A.I.D.

En 1982, un projet a été signé entre le gouvernement burkinabè et le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (F.N.U.A.P) afin de développer les activités de santé maternelle et infantile et planification familiale. Ce dernier volet a accusé beaucoup de retard. Il n'a pu commencer qu'en Mai 1984 par un séminaire de réflexion sur les aspects socio-sanitaires, démographiques et économiques de la planification familiale au Burkina Faso.
Ce séminaire a recommandé la mise en place des activités de planification familiale, d'abord à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, compte tenu de l'ampleur des problèmes de santé et de l'importance de la demande en services de planification familiale dans ces deux villes. En cette même année 1982, a été créé le Conseil National de la Population.

La direction de la santé de la mère et de l'enfant (D.S.M.E), actuelle direction de la santé de la famille (D.S.F.), a été créée en septembre 1984 pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.
Elle est chargée de planifier, organiser, coordonner, superviser et évaluer les prestations de SMI/PF et nutrition au Burkina Faso.

Le 11 février 1985, les prestations ont débuté à Ouagadougou dans les quatre centres SMI et au mois de Mai 1985 dans trois Centres SMI de Bobo-Dioulasso.

En 1986, une enquête "Connaissances, Attitudes et Pratiques" (C.A.P.) en matière de planification familiale a été réalisée à Ouagadougou par COLUMBIA University en collaboration avec la

D.S.M.E. Présentement une autre enquête menée par la D.S.F se déroule dans 3 provinces.

Il faut signaler l'existence de deux autres centres qui assurent des prestations de planification familiale à Ouagadougou : la clinique pour la Promotion de la Santé Familiale (C.P.S.F) de l'association des sages-femmes, qui couvre actuellement 10 provinces du Burkina en matière de planification familiale, et la clinique de l'A.B.B.E.F.
A partir de ces formations initiales, les prestations de planification familiale s'étendent progressivement sur l'ensemble du pays, notamment les zones rurales.

2.4.2 Politique de planification familiale

Le plan d'action de planification familiale, défini en février 1985 par tous les intervenants en matière de planification familiale, (sous l'égide du ministère de l'Essor Familial), a été adopté en conseil des ministres en Avril 1985.

Le document a été révisé en Mai 1986 et les grandes lignes de la politique de planification familiale sont les suivantes :

1 - Réviser la loi de 1920 en élaborant des textes législatifs adaptés à la politique nationale de planification familiale au Burkina.

2 - Multiplier les formations sanitaires pour la SMI et intégrer la planification familiale dans les activités de ces structures.

3 - Former le personnel nécessaire à l'application de la politique nationale de planification familiale.

4 - Informer la population sur le concept de la planification familiale et ses effets bénéfiques sur le bien-être social.

5 - Sensibiliser la population et faciliter son accès à l'utilisation des méthodes contraceptives les plus appropriées surtout dans le sens de l'espacement des naissances.

6 - Définir et introduire un programme d'éducation en matière de population dans les établissements scolaires et un programme de planification familiale dans les écoles supérieures, les universités.

7 - Amener notre peuple à comprendre l'interaction entre population et développement et le rôle de la planification familiale dans l'amélioration des conditions de vie des familles.

8 - Conscientiser et éduquer, adultes et jeunes de manière à ce qu'ils assurent leur sexualité avec responsabilité et clairvoyance.

9 - Informer les familles sur le rôle de l'espacement convenable des naissances dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

10 - Assurer la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et la stérilité étant donné que l'enfant est une composante essentielle du bien-être de la famille burkinabè.

On note une volonté politique en matière de planification familiale au Burkina. C'est ainsi que :

- une zatu portant adoption d'une politique de planification familiale a été proclamée le 24 octobre 1986 (**Présidence du Faso, 1986**) ;
- un koeega du ministère de la Santé du 15 février 1988 stipule que "**le bilan paraclinique préalable à la contraception orale, ne doit plus être systématique**" (**M.S.A.S., 1988 a**) ;
- un raabo ministériel annonce l'institutionnalisation de l'Education en matière de population (EmP) dans le système d'éducation formel au Burkina à compter de la rentrée scolaire 1987-1988 (**Ministère Education Nationale, 1987**).

Chapitre 3

METHODOLOGIE

3.1 LIEU DE L'ETUDE

Cette étude a été menée dans le village de Kogoli (Département de Tambaga) dans la Province de la Tapoa.

3.1.1 Critère de choix du lieu d'étude

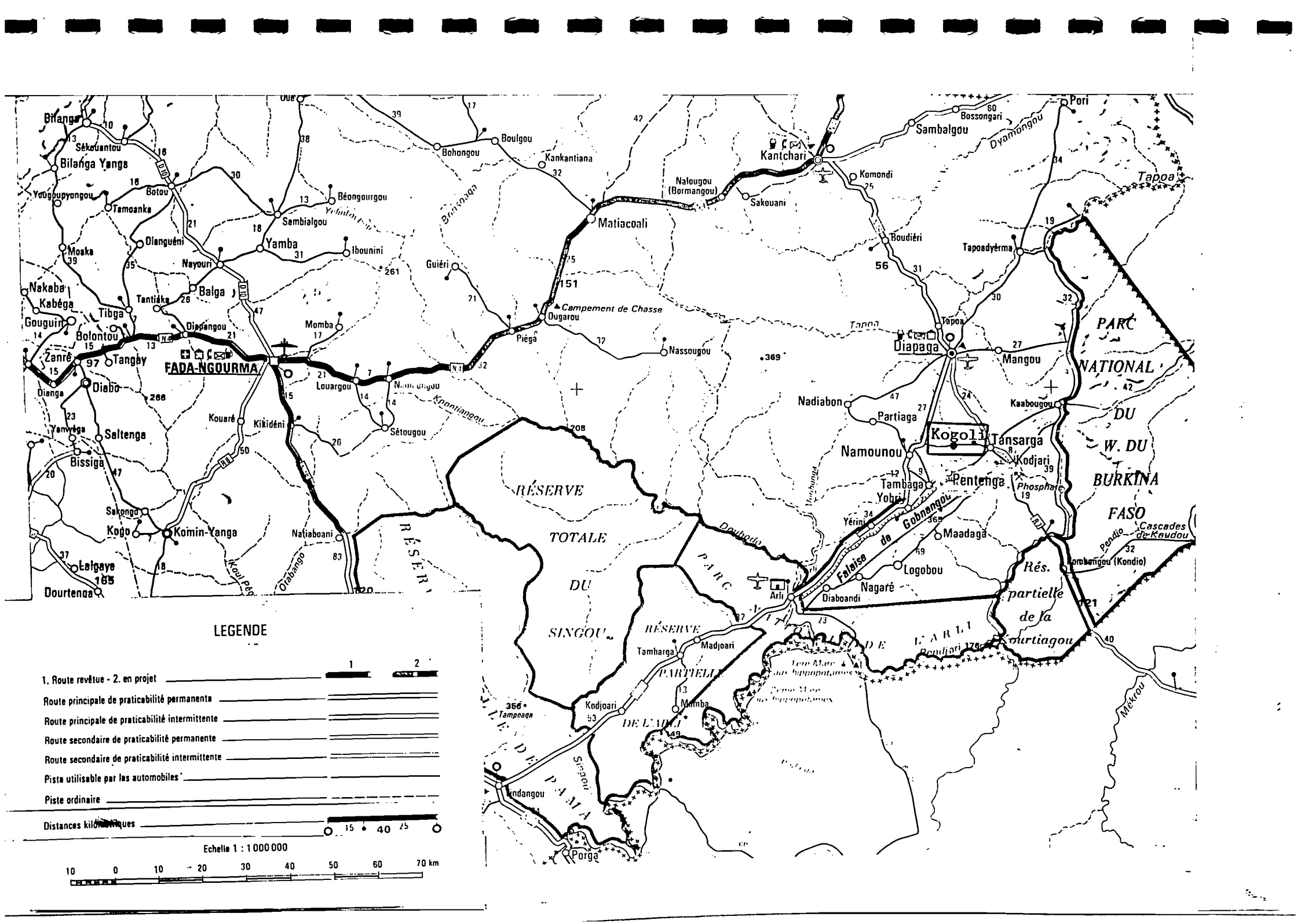
Nous avons choisi de mener cette étude en milieu rural parce que toutes les études antérieures en matière de planification familiale n'ont été réalisées qu'en milieu urbain (enquête C.A.P 1986 à Ouagadougou, enquête sur l'intégration des activités de planification familiale aux services de SMI en 1988 aussi à Ouagadougou). Cependant, 86 % de la population burkinabè vit en zone rurale! **Le village de Kogoli a été choisi parce que l'investigateur principal est originaire de celui-ci. Il parle la langue de la région et connaît très bien les coutumes du milieu** d'une part. D'autre part, il est bien accepté par la population.

La planification familiale est un sujet très délicat à aborder avec les personnes vivant en zone rurale car elle touche la vie intime du couple. Dans un but de respect de leur pudeur, et surtout par méfiance à l'égard d'un enquêteur "étranger au milieu", les hommes et les femmes du milieu rural pourraient ne pas livrer certaines informations concernant leur vie de couple. C'est pour recueillir le maximum d'informations concernant la planification familiale dans ce milieu, que nous avons été amenés à choisir ce village.

3.1.2 Présentation du village enquêté

Kogoli est un village situé à 7 km environ du chef lieu du département (Tambaga), et à 35 km environ au sud de Diapaga (chef lieu de la province de la Tapoa). Sa population est estimée à 1750 habitants (évaluée lors des inondations de 1988 par la sous-préfecture de Tambaga) avec un effectif de 137 concessions dont huit (8) appartiennent à des peulhs, les autres, appartenant aux Gourmantché.
Comme structures sociales de développement existantes, on y dénombre :

1) Le poste de santé primaire construit par le village et comprenant :
   - une case de soins pour l'agent de santé villageois ;



LEGENDE
1. Route revêtue - 2. en projet
Route principale de praticabilité permanente
Route principale de praticabilité intermittente
Route secondaire de praticabilité permanente
Route secondaire de praticabilité intermittente
Piste utilisable par les automobiles
Piste ordinaire
Distances kilométriques
Echelle 1 : 1 000 000
10 0 10 20 30 40 50 60 70 km
FADA-NGOURMA
Kantchari
Matiacoali
Diapaga
Kogoli
Namounou
Tansarga
Pentenga
Arli
Porga
Bilanga
Bilanga Yanga
Botou
Yamba
Balga
Tibga
Bolontou
Zanré
Diabo
Saltenga
Bissiga
Kogo
Komin-Yanga
Lalgaye
Dourtenga
Kouaré
Kikidéni
Louargou
Sétougou
Natiaboani
Momba
Piéga
Ougarou
Campement de Chasse
Nassougou
Nalougou (Bormangou)
Sakouani
Komondi
Boudiéri
Sambalgou
Bossongari
Pori
Tapoa
Tapoadyèrma
Mangou
Kaabougou
Nadiabon
Partiaga
Tambaga
Yobri
Yérini
Maadaga
Logobou
Nagaré
Diaboandi
Kombongou (Kondio)
Cascades de Keudou
Pendjari
Mékrou
Singou
Doubodo
Kpontiangou
Otabango
Kankantiana
Boulgou
Bohongou
Béongourgou
Sambialgou
Ibounini
Guiéri
Nayouri
Tantiaka
Diapangou
Moaka
Dianguéni
Tamoanka
Sékouantou
Yougoupyongou
Nakaba
Kabéga
Gouguin
Dianga
Yanvéga
Sakongo
Kouaré
Otabango
Koul Péo
Tapoa
Dyamongou
Pendio
Phosphate
Falaise de Gobnangou
Rés. partielle de la Kourtiagou
PARC NATIONAL DU W. DU BURKINA FASO
RÉSERVE TOTALE DU SINGOU
RÉSERVE PARTIELLE DE L'ARLI
PARC NATIONAL DE L'ARLI
Tambarga
Madjoari
Kodjoari
Momba
Tampoaga
Porga

- une "maternité villageoise" comprenant deux bâtiments ; couverts de tôles. L'un sert de "salle d'accouchement" avec une table en banco enduite de ciment; l'autre,comprend deux salles:

. une salle de consultation pré et post-natale ;

. une salle de "suites de couche" où la parturiente séjourne 2 à 3 jours après accouchement. Cette salle est équipée de 2 lits avec matelas et alaises, don du Peace-corps Américain en 1985 par l'intermédiaire de l'investigateur principal de cette étude.

Un système de "frais d'hospitalisation" de 100 F CFA par jour a été institué par la cellule de santé villageoise pour servir de fonds d'entretien de la literie.

2) Une école primaire à 3 classes créée en 1985, dont les deux premières années d'enseignement ont eu lieu sous un hangar en paille.
Les premiers certifiés de cette école gérée par le comité des parents d'élèves, sortiront en juin 1991.

3) Un groupement villageois masculin y a été créé depuis 1973 et grâce à son champ collectif (de mil ou d'arachide), il a installé un moulin à mil dans le village. Aussi, en 1976, il a pu mobiliser le village pour construire une retenue d'eau à base d'investissement humain. Celle-ci permettait la culture du riz en saison pluvieuse, le maraîchage en saison sèche et favorisait l'élevage du bétail (moutons, chèvres et boeufs). Mais les fortes pluviométries de ces deux dernières années l'ont endommagée et selon l'O.N.B.H.A. (ministère de l'Eau), sa réfection totale représente un coût de 32 millions de francs CFA.
En outre il possède une banque de céréales.
Un groupement féminin y a vu le jour en 1987. Bien qu'à ses débuts, il s'occupe du maraîchage.

4) On y dénombre deux églises, **l'une protestante**, très anciennement installée, et **l'autre catholique**. Mais ces deux communautés religieuses mènent une étroite collaboration entre elles et les animistes,et organisent à tour de rôle chaque année, trois mois d'alphabétisation en langue Gulmancema. Dans un esprit d'union, la population se bat quotidiennement pour améliorer ses conditions de vie.

3.2 BUT DE L'ETUDE

Cette étude est opérationnelle : elle vise à résoudre un problème de santé. Elle permet de cerner le problème de planification

familiale dans ce village rural, d'en identifier les besoins et les obstacles en la matière afin de proposer les solutions possibles, susceptibles d'améliorer la santé de la femme et de l'enfant telle qu'elle est décrite dans l'énoncé du problème.

3.3 ECHANTILLON

La population cible est celle des hommes et des femmes d'au moins 15 ans répartis en trois tranche d'âge :

- des garçons et des filles de 15 à 19 ans
- des hommes et des femmes de 20 à 29 ans
- des hommes de 30 à 70 ans et des femmes de 30 à 45 ans.

On a tiré aléatoirement 20 concessions dans le village, puis retenu deux individus de sexe opposé par concession, dans chacune des tranches d'âge.
A chaque fois que le résultat n'est pas atteint, on procède à une autre opération de tirage au sort sur les concessions restantes. Ce qui nous a permis d'obtenir un échantillon de 120 individus.

3.4 COLLECTE DES DONNEES

Nous avons procédé à une enquête par questionnaire (voir Annexes). Cet instrument a été validé par Mr. VAUGELADE, Statisticien-Démographe (ORSTOM Ouagadougou) et par la section planification familiale de la direction de la santé familiale (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale).

Le Pré-test : avant d'utiliser cet instrument, un pré-test a été réalisé à Ouagadougou dans la Communauté Gourmantché (cinq hommes et cinq femmes) et dans le village concerné (trois individus de chaque tranche d'âge de chacun des deux sexes).
A l'issue de ce pré-test, des corrections ont été apportées au questionnaire qui a été traduit en Gulmancema grâce à la collaboration de la mission évangélique de Fada N'Gourma.

Ayant été seul à réaliser l'enquête avec l'appui d'un guide, l'investigateur a bénéficié pour sa formation :

- de l'enseignement modulaire sur la méthodologie appliquée à la recherche opérationnelle en sixième année de médecine ainsi que de la santé publique.
- la lecture de traités de méthode d'enquête, d'échantillonnage et d'élaboration d'un questionnaire.

- des archives sur l'enquête C.A.P menée en 1986 par Columbia University à Ouagadougou avec la Direction de la santé de la mère et de l'enfant.

- de la lecture de documents ethno-anthropologiques sur les Gourmantché.

- des conseils des démographe et ethnologue de l'ORSTOM à Ouagadougou.

L'enquête s'est déroulée du 11 février au 5 mars 1989. Elle a été réalisée en cette période de saison sèche parce que c'est le moment opportun pour trouver les paysans à domicile.

Dès le matin à 6h30, nous étions en route pour notre travail. Nous n'avions pour aide qu'un guide chargé de nous indiquer l'emplacement des concessions retenues. Cette enquête a été réalisée en journée continue.

Le déplacement durant toute l'enquête s'est effectué à pied. Le temps moyen mis pour une entrevue était de 45 minutes et le nombre moyen d'individus interviewés par jour était de 6. Le retour à notre domicile s'effectuait vers 18 heures du soir. Une fois rentré, c'était le moment de vérifier les réponses, le remplissage des questionnaires et aussi d'en profiter pour discuter avec certains vieux du village sur la façon d'aborder certains problèmes devant un individu plus âgé que nous.

Toute l'enquête a été réalisée par l'investigateur principal et tous les entretiens se sont déroulés en Gulmancema.
Souvent il fallait expliquer à plusieurs reprises les questions surtout aux jeunes filles et jeunes femmes qui étaient sous l'emprise de la timidité. Le moment de travail ou de détente des enquêtés a été respecté et pour cela des rendez-vous ont été préalablement fixés pour certains individus.

3.5 TRAITEMENT DES DONNEES

Les questionnaires ont été codés puis traités sur un ordinateur compatible IBM avec un logiciel de dépouillement d'enquête écrit par M. VAUGELADE.
Etant donnée la petite taille de l'échantillon, le test du chi-2 était rarement valide. Nous avons donc utilisé la probabilité exacte de Fisher (SIEGEL S., 1956 pp 96-104) calculée par ordinateur.

3.6 PROBLEMES ETHIQUES

Au niveau du village, nous avons eu deux réunions d'information avec le comité révolutionnaire de village.

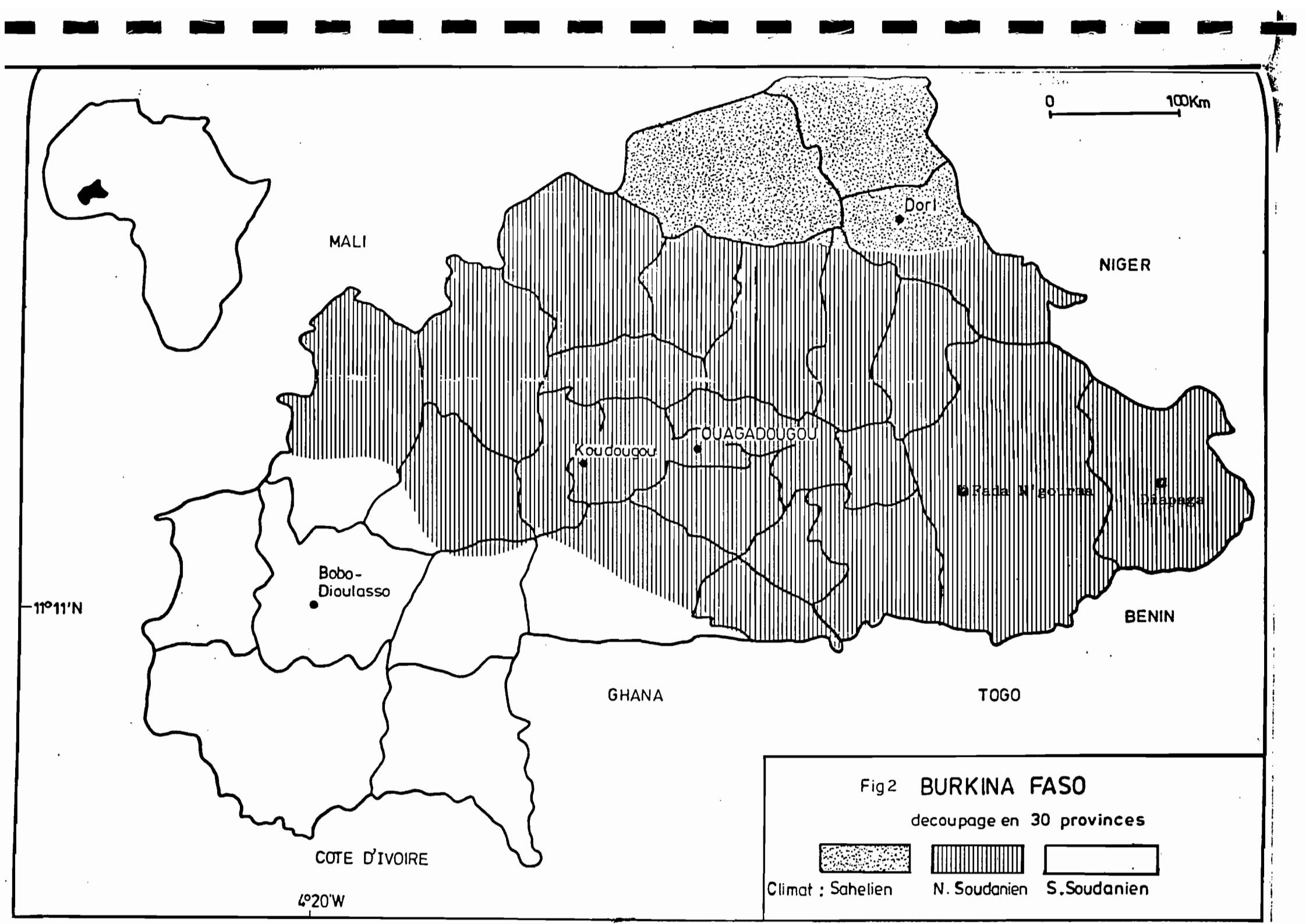
- la première, avant le pré-test pour obtenir son accord vis-à-vis de notre enquête
- la deuxième, deux jours avant le début de l'enquête pour prévenir la population de notre passage.

Cette démarche à contribuer à nous faciliter la tache car partout nous avons été reçus avec courtoisie. Elle a été d'autant plus positive que certaines femmes et même des hommes, non retenus pour l'enquête, nous rejoignaient à notre domicile.

Avant chaque entretien, nous prenions soin d'expliquer à l'intéressé que l'entrevue était anonyme et que les noms servaient juste de référence pour retrouver les concessions et les personnes retenues pour l'enquête et que c'était uniquement dans leur intérêt à eux. Cette mise en confiance préalable a contribué à améliorer la qualité de notre travail.

Chapitre 4

PRESENTATION DE LA PROVINCE DE LA TAPOA


0 100Km
MALI
NIGER
Dori
Koudougou
OUAGADOUGOU
Fada N'gourma
Diapaga
Bobo-
Dioulasso
11°11'N
BENIN
GHANA
TOGO
COTE D'IVOIRE
4°20'W
Fig2 BURKINA FASO
decoupage en 30 provinces
Climat : Sahelien
N. Soudanien
S.Soudanien

4.1 SITUATION

La province de la Tapoa se situe à l'extrême sud-est du Burkina Faso (274 122 km²) sur une superficie de 14 780 km².
Elle est bordée sur trois cotés par des frontières avec :

- au Nord et à l'Est, le Niger ;
- au Sud , le Bénin ;
- à l'Ouest, elle communique avec le reste du Burkina par la province du Gourma.

Elle a un climat soudanien comme le reste du Burkina avec 2 saisons, une sèche plus longue et une humide plus courte. C'est une province bien arrosée car elle se situe à cheval entre le bassin du fleuve Niger (dont l'un des affluents est la rivière Tapoa), la Pendjari et la Boudièrie.

La végétation est du type savane arborée avec quelques îlots de forêts constituant des réserves classées plus au sud.

4.2 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Au recensement de Décembre 1985 (source INSD, 1987), la population s'élevait à 159 000 habitants (7 936 019 habitants pour tout le pays) soit une densité de 11 hab./km² contre 29 hab./km² en moyenne pour tout le pays.

La population rurale est de 93,7% (86,4% pour tout le pays). Cette population se caractérise par sa jeunesse : 60% environ ont moins de 20 ans.

La composante féminine représente 50,7 % (51,8 % pour tout le pays) avec 49,3 % d'hommes.
Le pourcentage de femmes en âges de procréer est de 22,8 % de la population (24 % pour tout le pays).

Tableau 4.1 : Les différents indices démographiques au Burkina Faso

Nature des indices		1960	1976	1985
INDICATEURS DE NATALITE				
Taux brut de natalité en °/₀₀ (TBN)		49	46	51
taux de fécondité par âge (en °/oo)	15 à 19 ans	154	171	158
	20 à 24 ans	303	324	335
	25 à 29 ans	264	283	331
	30 à 34 ans	225	238	289
	35 à 39 ans	158	183	221
	40 à 44 ans	86	98	102
	45 à 49 ans	19	39	35
Taux de fécondité générale en °/₀ (TFG)		197	203	
Taux brut de reproduction (TBR)		3	3	4
Age moyen à la procréation en Années (A)		28	29	29
Descendance finale		6,0	6,7	7,4
INDICATEURS DE MORTALITE				
Taux brut de mortalité en °/₀₀ (TBM)		32	22	19
Espérance de vie à la naissance (e0)		32	41	48
Quotient de mortalité infantile (1qo)		174	167	152
Quotient de mortalité juvénile (4q1)		225	123	98
Accroissement Naturel °/₀₀		17	24	32

Source : INSD : Annuaire statistique 1987.

TBN = Rapport entre le nombre de naissances vivantes survenues au cours d'une période (1 an) et la population en milieu de période.

Taux de fécondité par âge = Rapport des naissances vivantes survenues au cours d'une année au sein de la population féminine de l'âge considéré sur l'effectif de cette population.

TFG = Rapport entre le nombre de naissances vivantes survenues au cours d'une année et la population féminine en âge de procréer (15 à 49 ans).

TBR = Nombre moyen de filles auxquelles une femme donnerait naissance durant son existence si elle vivait ses années de procréation.

Descendance finale = nombre moyen d'enfant obtenus par une femme à la fin de sa période de procréation.

TBM = Rapport entre le nombre total de décès et la population en milieu d'année.

eo = Nombre moyen d'années à vivre à la naissance.

1qo = Rapport des décès d'enfants de moins d'un an survenus au sein d'une génération sur le nombre de naissances de cette génération.

4q1 = Rapport des décès d'enfants de 1 à 4 ans révolus survenus, en un an, au sein d'une génération sur l'effectif de cette génération.

Nous notons :

- une augmentation du taux brut de natalité depuis 1960 (49 °/₀₀) jusqu'à 1985 (51 °/₀₀).
- une diminution appréciable des indicateurs de mortalité. Ce qui entraîne une augmentation de l'accroissement naturel de 24 °/₀₀ (1976) à 32 °/₀₀ (1985).

4.3 DONNEES ECONOMIQUES

L'activité économique repose principalement sur l'agriculture et l'élevage traditionnels comme dans tout le reste du Burkina Faso.

4.3.1 L'agriculture

Elle s'adresse à environ 98 % de la population et comprend essentiellement des cultures vivrières (mil, sorgho, maïs). Les seules cultures de rente sont l'arachide et le coton en très faible quantité.

"*Mais l'agriculture a un avenir prometteur car les terres de la Tapoa sont fertiles, les bas-fonds aménageables et la pluviométrie assez bonne : 722 mm d'eau en moyenne en 1987*" (ZERBO.S, 1988 b).

4.3.2 Elevage et pêche

L'élevage bien que traditionnel revêt des espoirs : la province dispose de grandes zones de pâturages naturels estimés à 1 267 621 hectares au sud dans le Gobnangou et à l'Est vers Botou. A cela s'ajoute l'existence de grands points d'eau naturels (la rivière Tapoa, la Boudiéri, le barrage de Sanpiéri sans oublier les points d'eau permanents dans la chaîne du Gobnangou), objet d'attraction des éleveurs venus du Sahel.

La province, à cause de ses eaux relativement abondantes, ravitaille en poisson Ouagadougou et Fada N'Gourma.

4.3.3 Le sous-sol

Le sous-sol contient un important gisement de phosphates de forte teneur à Kotchari, grâce auquel la province peut espérer abriter une petite industrie, la majorité des industries du pays se trouvant concentrées dans les deux grandes villes Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

4.3.4 Environnement et tourisme

La Tapoa est l'une des provinces du pays qui recèle encore des produits ligneux en abondance. La nature y est généreuse en bois de chauffe.

Il existe de grandes potentialités touristiques. "*La fierté en matière de tourisme vient plus que jamais du site d'Arly situé à 75 km au Sud de Diapaga. Plus de 2500 touristes et chasseurs y arrivent par an*" (ZERBO.S, 1988 b). Malgré ses potentialités, le tourisme souffre de grands maux dont principalement l'absence d'investissement :

- pas d'infrastructure hôtelière à part l'Hôtel safari d'Arly
- les voies de communications menant à ses points touristiques sont impraticables en saison pluvieuse. Beaucoup de sites touristiques à travers le pays (Tiébélé, Sabou, la Guinguette de Banfora) sont viabilisés avec des conditions d'accès et d'accueil plus favorables.

Cette province abrite entre autre un grand marché de renommée régionale, celui de Namounou à 27 km au Sud de Diapaga sur la route d'Arly. Il est le pôle d'attraction chaque dimanche d'innombrables commerçants venant de Ouagadougou, de Niamey, du

Bénin, du Nigéria et du Togo. Mais le manque de routes praticables en permanence limite cet afflux.

4.3.5 Situation socio-culturelle

La population est essentiellement constituée de Gourmantché auxquels s'ajoutent quelques ethnies minoritaires dont : les Mossi, les Peulhs, les Haoussa, les Djermas et les Yorouba.

Le taux d'alphabétisation dans la province est l'un des plus bas du pays: 3,7 % contre 24,4 % pour tout le Burkina en 1985 (INSD, 1987).

Tableau 4.2 : Taux de scolarisation dans la province de la Tapoa par rapport au Burkina Faso à la rentrée 1986-1987

(Source: INSD-1987)

PROVINCE DE LA TAPOA

		Enseignement primaire	Enseignement secondaire
Nombre d'Ecoles		39	2
Nombre de classes		83	9
EFFECTIFS	Masculin	2 916	271
	Féminin	1 210	94
	Total	4 126	365
Proportion de filles parmi les enfants scolarisés		29	26
Pop. scolarisable (7-14 ans)		33 902	
Taux de scolarisation %		12,1	

BURKINA FASO

		Enseignement primaire	Enseignement secondaire
Nombre d'Ecoles		1 891	137
Nombre de classes		6 187	1 131
EFFECTIFS	Masculin	246 116	42 424
	Féminin	144 296	20 910
	Total	390 416	63 334
Proportion de filles parmi les enfants scolarisés		37	33
Pop. scolarisable (7-14 ans)		1 776 154	
Taux de scolarisation %		22	

L'alphabétisation "Bantaré", d'envergure nationale a permis d'alphabétiser de nombreux hommes et femmes en langue gulmancema depuis 1987.

Longtemps coupée du reste du pays à cause du manque crucial de réseau de communication (routes défectueuses surtout en saison pluvieuse et liaisons téléphoniques presque impossibles), la Tapoa est reliée de nos jours à la capitale (Ouagadougou) trois fois par semaine grâce à la régie X9 (Régie Nationale des Transports en Commun) et chaque samedi par les camions et "taxi-brousse" se rendant au marché de Namounou.

Diapaga, chef lieu de la province, revêt tout simplement les caractéristiques d'un gros village non loti; ses habitants ignorent l'électricité, l'eau courante, l'habitat décent (malgré les nombreuses campagnes de lotissement faites à travers le Burkina depuis 1984).Il n'y a pas de centre de loisir: pas de cinéma, pas de restaurant hôtel ni de café, pas de bar-dancing; il n'y a pas de boutique en dehors du magasin de la chaîne publique Faso-Yaar, alors que d'autres chefs lieux de province ont des centres de loisirs.

Depuis février 1989, une radio-régionale y a été inaugurée.
Selon un rapport de l'UNICEF décrivant la situation socio-culturelle de la province, "la population gourmantché se distingue par le poids des traditions et l'attachement au passé qui règnent en son sein" (ZERBO.S, 1988 a).

Comme le remarque du reste si bien l'anthropologue **SET WILSON**, à propos de la société gourmantché, "***l'impression d'ensemble qui se dégage est celle d'une société profondément sédentaire, enracinée à son terroir, stable dans le temps et dans l'espace. Dans le temps parce que tenue à l'écart des grands courants migratoires qui ont affecté le pays Mossi à la période coloniale. Dans l'espace aussi, en l'absence de tout élément de polarisation régionale urbaine initiatrice de l'élan vers la ville***" (ZERBO. S, 1988 a).

4.3.6 Données sanitaires

Les statistiques sanitaires disponibles montrent un niveau de santé assez bas dans la province, comme dans le reste du Burkina.

4.3.6.1 Les indicateurs sanitaires

Les taux déclarés par les structures hospitalières sont les seuls indicateurs disponibles (M.S A.S.,1986) :
- taux de mortalité maternelle : 7,2 o/oo ;
- taux de mortalité périnatale précoce : 56 o/oo ;
- taux de couverture obstétricale : 29,2 o/oo ;
- pourcentage d'utilisation des services de planification familiale : 0,07 o/oo ;
- taux de fréquence des grossesses à haut risque : 21,7 o/oo ;
- pourcentage d'enfants inscrits au CREN : 76,5 o/oo.

4.3.6.2 Ressources humaines

Le personnel médical de la province de la Tapoa représente 1,50 % du personnel de santé du Burkina.
Comme la population de la province représente 2 % de celle du pays, nous pouvons dire qu'elle n'est pas délaissée par rapport à l'ensemble du pays.
Le personnel peu qualifié, de niveau inférieur (paramédical), est assez fourni. C'est le niveau supérieur (médecins et spécialistes) qui est déficient en personnel, cela pouvant s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas d'hôpital dans la province nécessitant ce personnel.

Les normes souhaitables pour la région africaine telles que définies par l'OMS, sont :
- un médecin pour 10.000 habitants ;
- un infirmier d'état (ou une sage-femme) pour 5.000 habitants ;

- un infirmier breveté pour 3.000 habitants.

Tableau 4.3 : Personnel médical et paramedical

Catégorie	TAPOA		BURKINA	
	Effectifs	Indice (*)	Effectifs	Indice (*)
Population totale	159 121	-	7 936 019	397
Médecins	2	80	189	42
Chirurgiens dentistes	0	-	20	397
Pharmaciens	1	159	102	78
Nutritionnistes	0	-	5	1 587
Préparateurs en pharmacie	0	-	13	610
Assistants de santé	1	159	193	41
Infirmiers diplômés d'Etat	14	11	624	13
Infirmiers Brevetés spéc	1	159	218	36
Infirmiers Brevetés	14	11	942	8
Sages-femmes	3	53	291	27
Techniciens de laboratoire	0	-	16	496
Laborantins	0	-	6	1 323
Agents itinérants de santé	2	80	206	39
Accoucheuses auxiliaires	6	27	191	42
Techniciens aux. d'assain.	0	-	7	105
Techniciens de radiologie	0	-	-	-
Total	44		3 023	

(*) population en milliers par catégorie de personnel.

4.3.6.3 Infrastructures sanitaires

1) Formations fixes

- deux Centres Médicaux (C.M.) dont l'un abrite la Direction Provinciale de la Santé (D.P.S) ;

- six centres de Santé et de Promotion Sociale (C.S.P.S) ;
- une officine ;
- huit dépôts pharmaceutiques ;
- 160 Postes de Santé Primaire (P.S.P) mis en place dont 158 fonctionnels.

L'équipement en matériel est très insuffisant. La province compte au total 90 lits d'hospitalisation.

L'approvisionnement en médicament est dérisoire : d'où pénurie chronique en médicaments dans les formations sanitaires. Les paysans doivent parcourir plusieurs kilomètres pour pouvoir honorer leur ordonnance.

2) Formations mobiles : nous ne disposons pas de précisions sur celles-ci.

Quant au volet assainissement, la couverture en latrines n'atteint pas 5 % dans la Tapoa comme c'est le cas dans les autres provinces du pays.

4.4 SITUATION ADMINISTRATIVE

La Province de la Tapoa compte 8 départements et 100 villages. A la tête de la province se trouve un Haut-Commissaire, représentant du pouvoir central. Il est assisté d'un Secrétaire Général, d'un Sous-Préfet et du Pouvoir Révolutionnaire Provincial à l'instar des autres provinces du pays.
Chaque département est administré par un Sous-Préfet, et le village par un Comité Révolutionnaire de village.

4.5 DONNEES ETHNO-SOCIOLOGIQUES SUR LES GOURMANTCHE

Le but de ces informations est de permettre de mieux découvrir la société traditionnelle gourmantché.
Ces informations sont surtout recueillies oralement auprès de personnes âgées du village où nous avons réalisé notre étude, dont le vieux **SOAMPA, (président du groupement villageois et du comité des parents d'élèves, membre du comité villageois de santé)**. Quelques références bibliographiques viendront étayer ce récit oral.

4.5.1 Place de la femme dans la société gourmantché

Malgré l'apparence "de seconde place" qu'elle occupe, la femme est le centre de gravité de la famille traditionnelle gourmantché. Un homme ne sera considéré comme adulte, responsable qu'après qu'il se soit marié.

"**Je veux bâtir la maison de ma mère**" est l'expression traditionnellement employée pour demander une fille en mariage. Cette expression indique la place importante de la femme, représentée par l'image de la "mère" qui incarne l'idéal de féminité dans cette société.
"**Bâtir la maison de sa mère**" veut dire aussi édifier son foyer. Pour cela, un homme endurera toute sorte de prestations de service chez ses beaux-parents en vue d'obtenir une fille en mariage.
Le mariage est un événement de joie, de bénédiction, l'affaire de tout le village et non de deux individus, voire deux familles uniquement.
La place qu'occupe le mariage dans cette société reflète le statut donné à la femme.
C'est en parlant de la valorisation faite à la femme dans cette société que **CARTRY C, (1977)**, a pu dire : "*le rôle féminin donné par Dieu, qui, plus qu'un rôle, est une raison d'être, fait de la femme gourmantché, un pivot important de l'équilibre social et chaque femme le sait absolument*".

4.5.2 Place de l'homme dans la société gourmantché

Ce n'est un secret pour personne que, dans beaucoup de sociétés traditionnelles (et même modernes), l'homme occupe la place de chef de famille, le premier responsable. Celui qui a droit de décision sur toutes les affaires de la famille et de ses membres (femmes, enfants).

4.5.3 Place de l'enfant dans la société gourmantché

"*Sans l'enfant, pas de richesse, pas de grenier pour ses vieux jours*" (**CARTRY C.,1977**). Cette phrase résume ce que la société gourmantché pense de l'enfant : avoir un enfant implique qu'on a un successeur, qu'on se perpétuera au travers de lui malgré la mort.

"Celui qui meurt sans enfant, s'éteint. C'est comme un arbre qui meurt sans fruit ni repousse. Généralement, celui qui meurt sans enfant n'aura pas de funérailles" (SOAMPA, 1989).

Donc avoir beaucoup d'enfants vous octroie une place considérable dans cette société : un chef de village sans de nombreux enfants n'est pas considéré."*Si vous avez beaucoup d'enfants, vous aurez beaucoup de gendres par l'intermédiaire de vos filles et beaucoup de beaux-parents par l'intermédiaire de vos fils. Votre famille s'agrandira, vous aurez beaucoup de bras pour travailler, vos peines seront partagées et vos joies seront l'affaire d'un grand public : tout le monde entendra parler de vous"* (SOAMPA,1989).

C'est à cause de la procréation que la femme est considérée dans cette société car c'est elle qui est la base de la reproduction qui peut rendre un homme prospère et renommé.

"Plus elle aura d'enfants, plus son statut social prendra de l'importance. Elle deviendra souveraine, elle sera aimée, choyée, nourrie puisque chaque enfant est un grenier" (CARTRY C., 1977).

C'est ce désir de devenir prospère qui aura un certain impact sur les comportements sexuels dans cette société. Il incitera les individus à avoir beaucoup d'enfants.

Si une femme féconde est vénérée, par contre, la stérilité est *"une blessure profonde, surmontée en partie par l'agressivité. Une femme stérile est même considérée comme une sorcière"* (SOAMPA, 1989).

Pour les Gourmantché, une descendance uniquement féminine n'est pas valorisée comme elle peut l'être lorsqu'il s'agit uniquement de garçons.
Le garçon "*constitue une sécurité pour son père et sa mère ainsi que pour ses soeurs mariées qui, en cas de divorce, ont un défenseur et un toit"* (SOAMPA, 1989).
Néanmoins, cette représentation n'est pas si manichéenne : une femme qui n'accouche que de garçons se plaint de n'avoir pas eu de filles, d'abord pour la soulager des travaux ménagers, mais aussi parce qu'elle n'aura pas de gendre.

4.5.4 Les facteurs favorisant la polygamie

"Si le mariage a pour but de donner des enfants au mari, d'agrandir la maison familiale, de la voir devenir riche de vie,

c'est la femme qui se sent concernée par ce destin" (CARTRY C., 1977).

Si son statut économique le lui permet, un homme aura toujours plusieurs femmes en milieu gourmantché. Il est constamment soucieux de sa descendance et obstiné par le fait qu'un chef de famille ne sera connu riche que par le nombre de ses femmes et de ses enfants !

Ceci dit, la polygamie est favorisée par :

- le désir d'avoir beaucoup d'enfants pour être respecté et riche parce qu'on a une grande famille ;
- l'intention de partager les tâches ménagères entre plusieurs femmes ;
- le souci de dispenser les premières femmes ménopausées et fatiguées des tâches pénibles et de les occuper à éduquer les enfants et les jeunes femmes ;
- le paternalisme : selon un ancien, SOAMPA,"un jeune homme en âge de se marier n'ira jamais demander la main d'une fille lui-même. Ce sont toujours ses parents qui lui donnent sa première épouse en guise d'affection, de notoriété. Celui dont le père, la mère, le grand-père et la grand-mère, vivent encore, pourra obtenir jusqu'à quatre épouses au total. Mais, le jeune homme, cherchera à obtenir une femme de son propre choix ; cela lui fera alors cinq épouses s'il s'arrête là !"

Nous nous sommes contentés de signaler quelques éléments importants de la société gourmantché, afin de faciliter, la compréhension de certaines attitudes à l'égard de la fécondité dans ce milieu.

Chapitre 5

RESULTATS DE L'ENQUETE ET DISCUSSION

Pour notre étude, les résultats seront donnés suivant l'ordre des objectifs spécifiques que nous avons fixés.

5.1 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Tableau 5.1 : Répartition de l'échantillon par sexe et par tranche d'âge

Age	Femmes	Hommes	Total	
	N	N	N	%
15-19 ans	20	17	37	31 %
20-29 ans	20	20	40	33 %
30-39 ans	15	7	22	18 %
40-49 ans	5	6	11	10 %
50 ans et +	0	10	10	8 %
Total	60	60	120	100 %

Toutes les tranches d'âge y sont représentées.

Tableau 5.2 : Situation matrimoniale selon le sexe

Situation matrimoniale	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mariés	43	72	26	43	69	58
Célibataires	13	22	34	57	47	39
Veufs/ves	4	6	0	0	4	3
Total	60	100	60	100	120	100

On note que le pourcentage de femmes mariées est élevé (72 %) contre 43 % chez les hommes.

Inversement le pourcentage de célibataires chez les femmes est faible (22 %), et élevé chez les hommes (57 %).

On remarque d'autre part que le veuvage est féminin.

Fig 3. Situation matrimoniale
selon le sexe

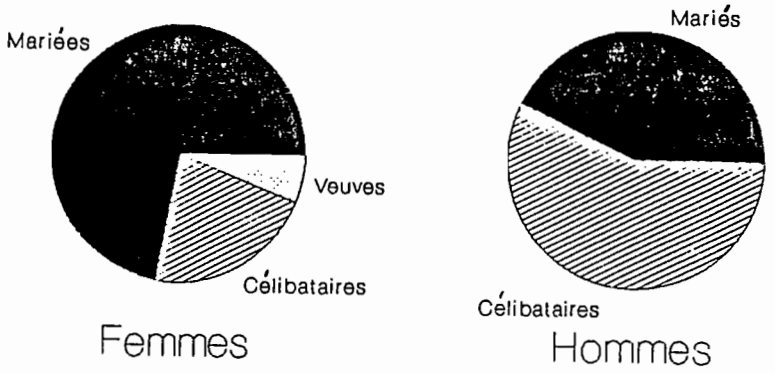


Fig 4. Alphabétisation
selon le sexe

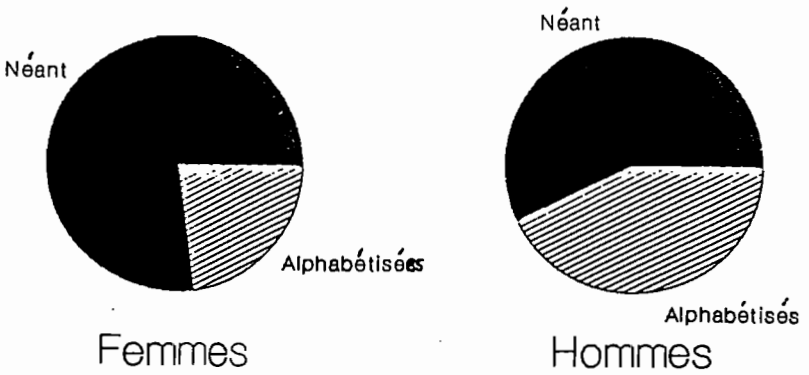


Tableau 5.3 : Alphabétisation selon le sexe

Alphabéti-sation	Femmes		Hommes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Néant	34	57	46	77	80	67
Alphabétisés	26	43	14	23	40	33
Total	60	100	60	100	120	100

L'hypothèse traditionnelle qui prévaut est que les hommes sont généralement plus alphabétisés que les femmes (en terme de taux d'alphabétisation).
Nous constatons que 43 % des hommes sont alphabétisés contre 23 % de femmes qui le sont.
Le test de Fisher montre une différence significative à 5 % de l'alphabétisation (toute langue confondue) entre les hommes et les femmes.
Donc l'hypothèse traditionnelle se vérifie aussi dans notre cas d'étude.

Tableau 5.4 : Répartition selon la religion

Religion	Effectifs	Pourcentage
Animistes	50	42 %
Protestants	52	43 %
Catholiques	18	15 %
Total	120	100 %

Nous notons une forte proportion de protestants (43 %). Nous convenons d'appeler chrétiens, l'ensemble des protestants et des catholiques.

Fig 5. Répartition selon la religion

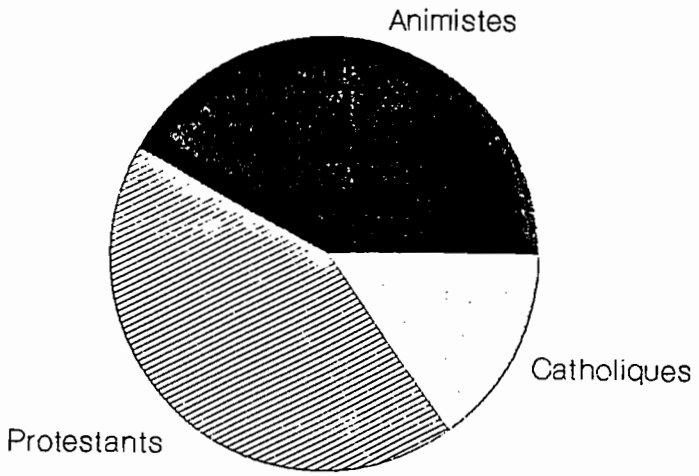


Fig 6. Alphabétisation
selon la religion

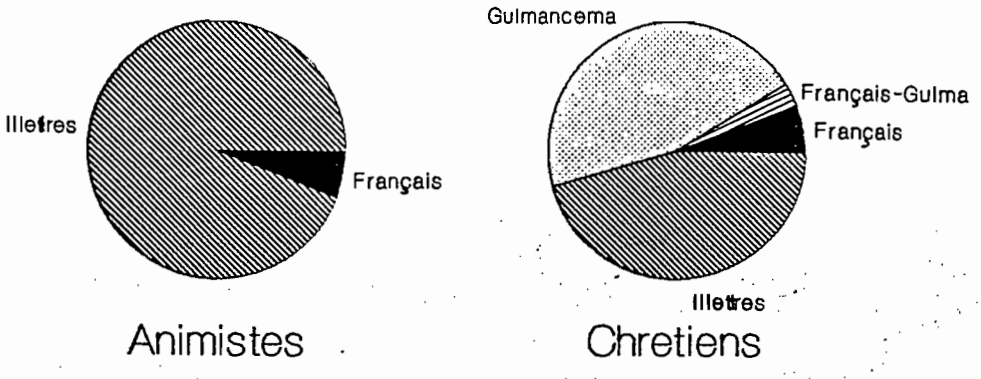


Tableau 5.5 : Répartition des alphabétisés selon la religion

Religion	Alphabétisés								Non alpha-bétisés		To-tal
	Gulmancema		Français		Français Gulmance.		Total				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Animistes	0	-	3	6	0	-	3	6	47	94	50
Protestants	24	46	2	4	2	4	28	54	24	46	52
Catholiques	7	39	2	11	0	-	9	50	9	50	18
Total	31	26	7	6	2	2	40	33	80	67	120

Nous constatons que 6 % seulement des animistes sont alphabétisés, alors que 54 % des Protestants, et 50 % de catholiques le sont. Les animistes sont alphabétisés uniquement en Français alors que les Chrétiens (Protestants et Catholiques) le sont en Français et en Gulmancema.
Seuls les Protestants présentent des alphabétisés et en Français et en Gulmancema.
Le test de Fisher montre une différence significative à 1 % de l'alphabétisation entre les Chrétiens et les Animistes.
Dans notre cas, les Chrétiens sont plus alphabétisés que les autres.

5.2 NIVEAU D'INFORMATION EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

C'est le premier des objectifs spécifiques que nous nous sommes assignés.

5.2.1 Information contraceptive avant l'enquête

Indépendamment du sexe, de la religion, de l'état d'alphabétisé ou non, le pourcentage d'individus ayant entendu parler de la contraception est relativement bas dans notre échantillon.
En effet 17 % seulement des individus ont entendu parler de la contraception moderne (voir tableau 5.27).

Ce qui semble confirmer les résultats de l'enquête menée par **KATHY et al (1986)** : "***l'ignorance de certains pays d'Afrique en matière de planning familial est encore beaucoup accentuée***".

5.2.2 Connaissance de la contraception moderne

La connaissance de la contraception moderne, ne diffère pas du niveau d'information en matière de contraception. ElIe est de 18 % dans notre étude.

5.2.3 Utilisation de la contraception moderne.

Nous n'avons rencontré qu'une seule femme utilisant la contraception moderne (au moment de l'enquête). Elle était sous Noristerat ® depuis 6 mois environ. Elle et son mari nous révélèrent : "**nous avons eu successivement, deux grossesses très rapprochées. Alors, suite aux conseils d'un ami infirmier, nous avons contacté le missionnaire catholique qui nous l'achète à Niamey (à 200 km de la TAPOA)**". Hormis ce couple, personne dans notre échantillon n'a vraiment utilisé de contraception moderne.
C'est dire que le pourcentage d'utilisation de la contraception est de 0,8 %.
Selon des études menées au Kenya, "*moins d'un tiers des femmes ont utilisé une méthode de contraception*" (**MAINE D., 1981**).
Au Bénin, "*19 % des femmes seulement utilisent la contraception moderne*" (**ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1984**).

Les problèmes d'information en matière de contraception et surtout d'utilisation de méthodes contraceptives semblent général à l'Afrique surtout sub-saharienne.
"***Dernièrement au Nigéria, des chercheurs ont montré qu'environ 80 % des couples mariés avaient entendu parler de certains types de contraceptifs modernes mais seuls 10 % d'entre eux avaient utilisé une méthode***" (C.D.C., 1985). Ce qui a permis au C.D.C après l'analyse d'autres enquêtes réalisées ailleurs en Afrique, de conclure que "***l'emploi des contraceptifs par les femmes mariées en âge de procréer atteint plus de 15 % dans deux pays d'Afrique seulement***". La situation qui se présente dans notre étude n'est donc pas un cas isolé.

5.3 LES METHODES TRADITIONNELLES DE PLANIFICATION FAMILIALE

L'identification des méthodes traditionnelles de planification familiale a été notre deuxième objectif spécifique.
En dehors des méthodes naturelles, des interdits et des coutumes sexuels, les méthodes traditionnelles de contraception sont difficiles à obtenir si bien qu'elles semblent inexistantes.

5.3.1 L'abstinence sexuelle (ou continence) post-partum

Elle constitue la principale et unique forme de contraception efficace, reconnue par tous les hommes et les femmes, et pratiquée à cent pour cent.

Tableau 5.6 : Durée de l'abstinence sexuelle post-partum (ou continence) selon le sexe

Sexe	Durée de l'abstinence											
	0-5 mois		6-11 mois		12-23 mois		24-35 mois		36 mois &+		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masc	8	32	4	16	5	20	2	8	6	24	25	100
Fem	10	27	9	24	4	11	9	24	5	14	37	100
tot	18	29	13	21	9	14	11	18	11	18	62	100

Nous constatons que 18 % maintiennent l'abstinence à 36 mois ;
36 % la maintiennent plus de 24 mois et,
54 % la maintiennent à plus de 12 mois.
Trente huit pour cent(38 %) des femmes s'abstiennent de tout rapport sexuel pendant plus de 24 mois.
Des études réalisées au Mali montrent que seulement "*20 % des femmes maliennes s'abstiennent de tout rapport sexuel pendant plus de 24 mois*" (**ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1984**).
Des femmes interrogées au cours de notre étude répondent : "***Nous ne reprenons pas de rapport sexuel avant que celui que nous avons dans les bras*** ne soit autonome - mange tout seul, marche, joue avec ses aînés - et cette autonomie ne survient que vers l'âge de deux ans".

Selon **HAGAMAN (1985)**, "*la durée moyenne de l'abstinence est de 16,5 mois chez les Lobi. Elle est utilisée à cent pour cent dans cette contrée comme méthode de contrôle des naissances*".
Mais il faut remarquer que cette abstinence est renforcée par la présence d'autres femmes dans le foyer (la polygamie). Celle-ci permet en effet au mari d'avoir des rapports sexuels avec une autre partenaire que celle qui vient d'accoucher.

Tableau 5.7 : Nombre d'épouses en fonction de l'âge du mari

âge du mari en années	Nombre d'épouses du mari								
	1 épouse		2 épouses		3 épouses		Total		Nombre Moyen d'épouses
	N	%	N	%	N	%	N	%	
20 à 29	3	100	0	-	0	-	3	100	1
30 à 39	4	57	3	43	0	-	7	100	1,4
40 à 70	9	56	4	25	3	19	16	100	1,6
Total	16	62	7	27	3	11	26	100	1,3

Il s'agit d'une petite polygamie car personne n'a 4 femmes et le nombre moyen d'épouses pour tous les hommes mariés est de 1,3 (contre 2,2 en 1963 d'après CARTRY M., 1966).

Beaucoup de femmes acceptent cette pratique : "La présence d'une deuxième ou troisième femme permet à votre mari de satisfaire son désir sexuel sans aller chercher une inconnue ! Cela nous permet d'avoir une ou des camarades avec qui échanger les idées, partager les tâches ménagères".

Tableau 5.8 : Durée de l'abstinence sexuelle post-partum en fonction du nombre d'épouses

Nombre d'épouses	Abstinence (mois)				
	0 - 23		24 et plus		Total
	N	%	N	%	
1	12	80	3	20	15
2 et plus	10	48	11	52	21
Total	22	61	14	39	36

Fig 7. Nombre d'épouses
selon l'age du mari

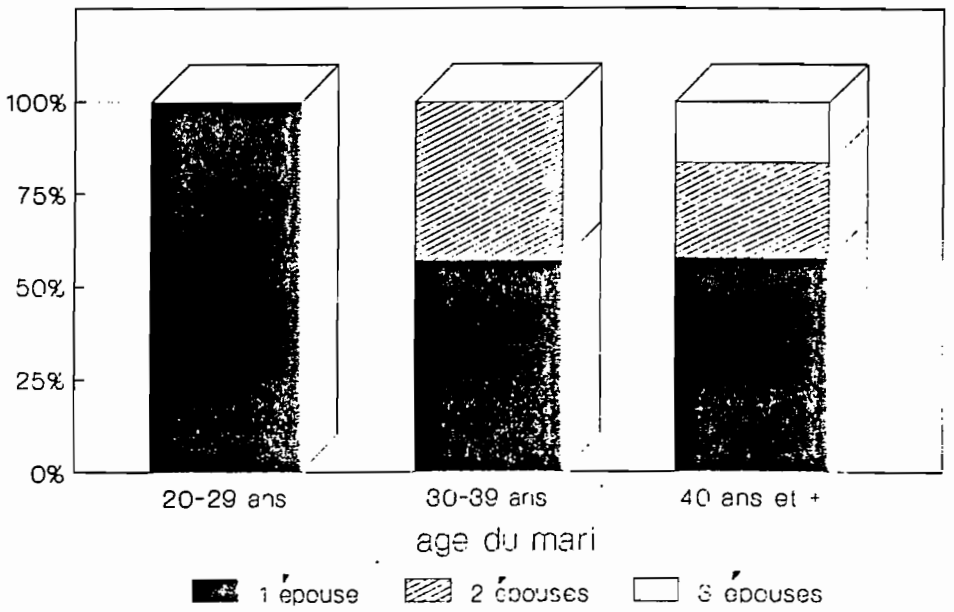
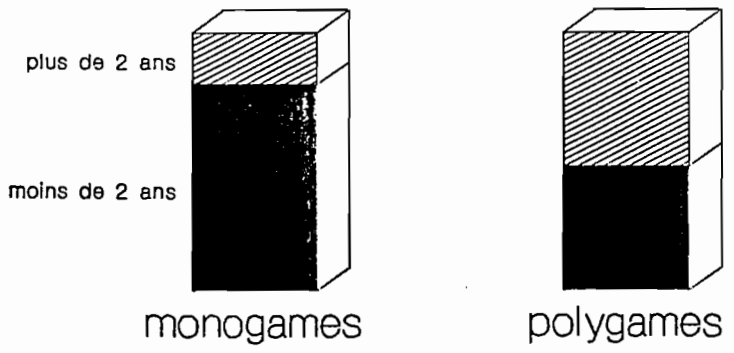


Fig 8. Durée de l'abstinence
selon la polygamie



Le test de Fisher montre une différence significative à 5 % de la durée de l'abstinence entre les femmes à co-épouses et celles ne possédant pas de co-épouse.

La durée de l'abstinence est plus longue chez les femmes ayant au moins une co-épouse que chez celles qui n'en possèdent pas. Selon une autre étude menée au Burkina Faso, "*les périodes de continence sexuelle post-partum seraient plus longues dans les mariages polygames du fait de la présence de plusieurs épouses*".(Nations-Unies, 1984).
D'autres sondages effectués au Togo, au Nigéria et au Zaïre ont démontré "*l'importance de la continence post-partum (ou abstinence) pour la régulation de la fécondité, et particulièrement pour l'espacement des naissances. Son effet peut être renforcé par la polygynie (pratique d'avoir plus d'une femme)*" (C.D.C., 1985).

5.3.2 L'allaitement naturel au sein

Il est pratiqué à cent pour cent dans cette région. Son rôle contraceptif, en plus du premier rôle nutritionnel jamais égalé, est connu.

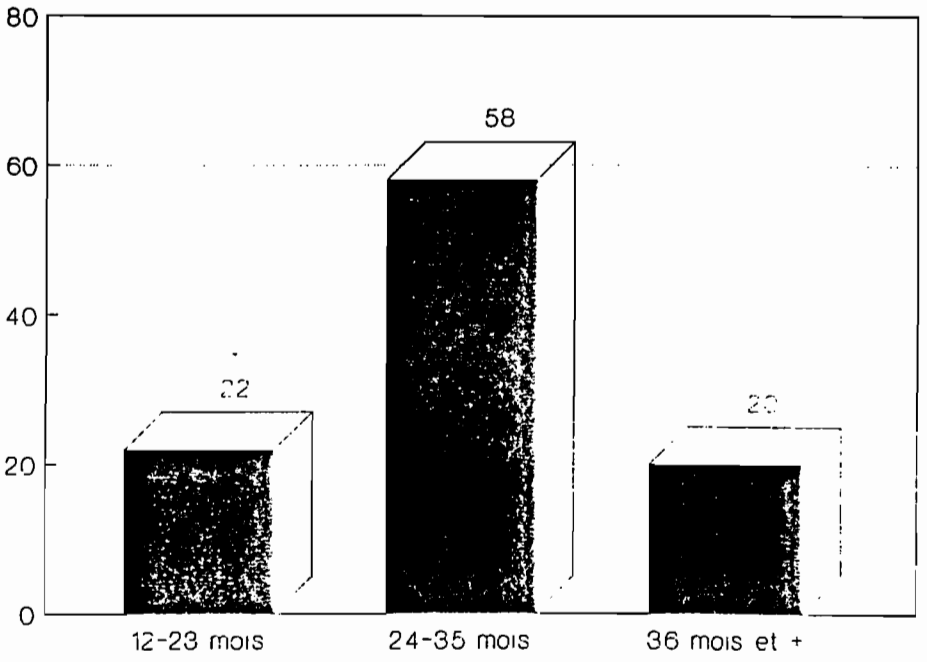
Tableau 5.9 : Durée de l'allaitement en fonction de l'âge

Age de la mère	Durée de l'allaitement (en mois)							
	12 à 23		24 à 35		36 et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15 à 19 ans	0	-	1	100	0	-	1	3
20 à 29 ans	4	21	10	53	5	26	19	53
30 à 39 ans	2	18	8	73	1	9	11	30
40 à 49 ans	2	40	2	40	1	20	5	14
Total	8	22	21	58	7	20	36	100

Les femmes qui ont eu leur enfant décédé avant un an, les primipares dont les enfants n'étaient pas encore sevrés et les célibataires soit 24 femmes sont exclues du tableau.

Les pourcentages révélés par notre étude sont les suivants :

Fig 9. Durée de l'allaitement



- 20 % des femmes allaitent leurs enfants pendant au moins 36 mois
- 78 % le font pendant plus de 24 mois
- et 100 % pendant plus de 12 mois.

Le fait que toutes les femmes allaitent leurs enfants pendant plus de 12 mois est une pratique positive qui va dans le sens des recommandations de l'OMS (qui conseille une durée minimum d'allaitement de 12 mois). En pays Lobi, la durée de l'allaitement est de 21 mois selon HAGAMAN. "***Au Mali, 95 % des femmes allaitent pendant 18 mois. Au Cameroun la durée moyenne est de 19 mois***" (**ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1984**). Si l'allaitement est très pratiqué par les femmes comme moyen contraceptif, c'est grâce à l'aménorrhée liée à la lactation.

Tableau 5.10 : Durée de l'Aménorrhée post-partum en fonction de l'âge

Age de la femme (en année)	AMENORRHEE									
	1-11 mois		12-23 mois		24-35 mois		36 mois & +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15 à 29	5	26	4	21	8	42	2	11	19	56
30 à 39	1	10	0	-	3	30	6	60	10	29
40 et +	1	20	1	20	2	40	1	20	5	15
Total	7	21	5	15	13	38	9	26	34	100

Il y a 7 femmes qui ne peuvent répondre à cette question car primipares, elles n'ont donc pas encore eu le retour de couches.

- 26 % des femmes présentent une aménorrhée allant jusqu'à 36 mois ;
- 64 % des femmes présentent une aménorrhée allant jusqu'à 24 mois ;
- et 79 % présentent une aménorrhée allant jusqu'à 12 mois.

Le rôle de la lactation a été reconnu par des enquêtes menées ailleurs : "***la lactation et la continence pendant le post-partum influencent encore de manière importante la fécondité en Afrique***" (C.D.C., 1985).
Une autre recherche faite en Afrique le confirme : "***la lactation et la continence post-partum, connues pour être pratiquées au Sénégal, ont apparemment contribué à augmenter les intervalles***

Fig 10. Durée de l'allaitement
selon l'age des mères

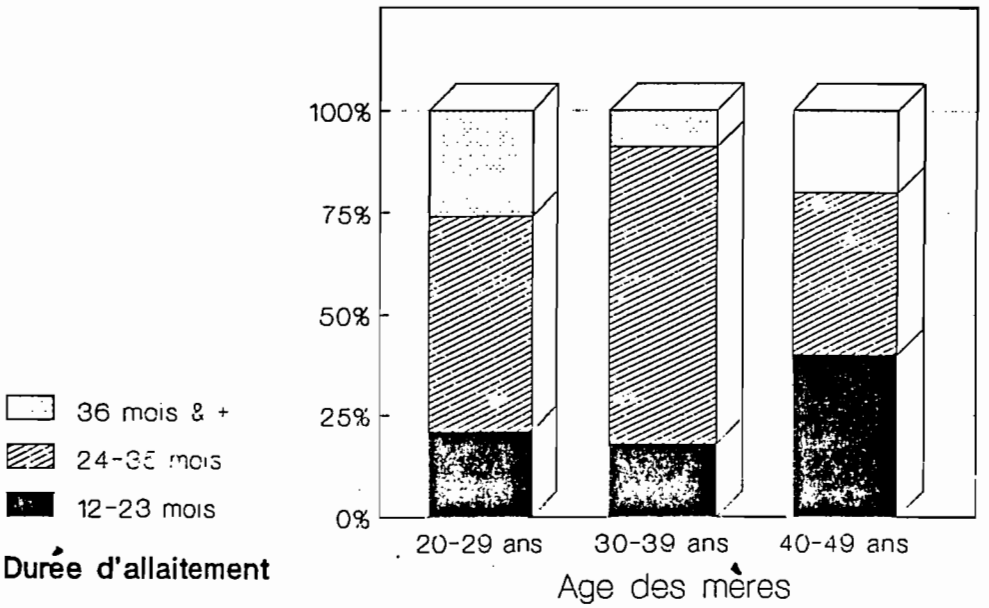
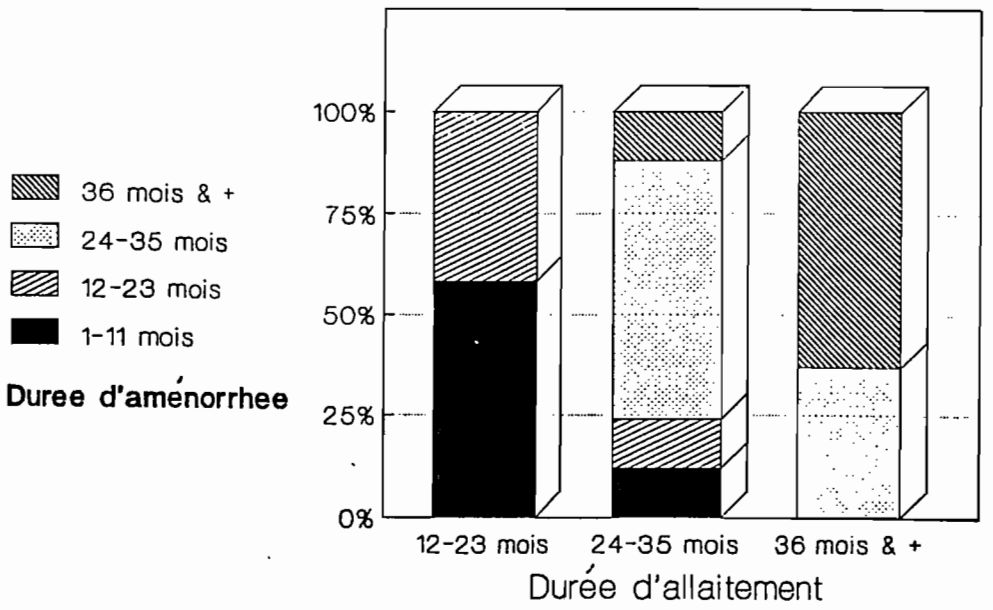


Fig 11. Durée d'aménorrhée
selon la durée d'allaitement



entre les naissances et à abaisser la fécondité" (GOLDBERG H., 1981).

Tableau 5.11 : Durée de l'aménorrhée en fonction de l'allaitement

allaitement (en mois)	AMENORRHEE (mois)								
	1 à 11 mois		12 à 23 mois		24-35 mois		36 mois et +		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
12 à 23	4	57	3	41	-	-	-	-	7
24 à 35	2	12	2	12	11	64	2	12	17
36 et +	-	-	-	-	3	37	5	63	8
Total	6	19	5	16	14	44	7	22	32

Nous constatons que :

- les femmes qui allaitent de 12 à 23 mois ont une aménorrhée de moins de 24 mois ;
- celles qui allaitent de 24 à 35 mois ont une aménorrhée allant jusqu'à 24 mois ;
- celles qui allaitent 36 mois et plus ont une aménorrhée dépassant 24 mois.

Cela confirme la relation existant entre aménorrhée et allaitement (par le biais de la lactation).

Au total, l'allaitement et la continence (ou abstinence) constituent, partout, deux moyens efficaces de contraception. Les résultats de notre étude se trouvent confirmés par des études réalisées ailleurs en Afrique et dans le monde. Au Burkina Faso,"*les intervalles entre les naissances sont surtout influencés par deux facteurs indissociables : l'allaitement et la continence sexuelle post-partum*" (Nations-Unies, 1984).
Selon une étude menée en pays Lobi "*l'abstinence sexuelle durant l'allaitement constitue la seule forme contraceptive et d'espacement des enfants*" (HAGAMAN, 1985).

5.3.3 Les autres formes traditionnelles de planification familiale

Elles se résument à des interdits et coutumes sexuels ainsi qu'à la pharmacopée traditionnelle.

5.3.3.1 La séparation du couple

De nos jours, cette pratique est presque abolie. Et les raisons de cette abolition ont été évoquées par certains interviewés : "*actuellement, dès que vous êtes mariés, vous construisez votre concession à part. Vous ne restez plus dans la grande famille. Vous devenez responsable. Si vous envoyez votre femme chez ses parents alors que vous êtes seuls, qui vous fera à manger ?*".

D'autres disent "*la femme qui va chez ses parents ne peut y rester longtemps sans les autres enfants. Les emmener avec elle aussi constitue un fardeau pour ses parents qui auront plus de bouches à nourrir !*".

5.3.3.2 Les interdits sexuels

L'interdit sexuel est de rigueur (de façon théorique) chez la femme allaitante. "*Il n'est levé que lorsque l'enfant va à quatre pattes, jamais avant un an ou un an et demi*" (CARTRY C., 1977).
Selon la coutume gourmantché, une femme ne peut être enceinte et porter un enfant au dos ;"*elle ne peut être grosse au dos et au ventre en même temps, car l'enfant qui est dans le ventre ne pourra pas respirer. Il ne pourra pas vivre, puisque la nourriture est absorbée par l'enfant déjà né, au sein de sa mère*" (CARTRY C., 1977).

Pour renforcer cet interdit, "*la femme, après l'accouchement partage la même case que la mère de son mari. Ainsi, le mari ne pourra pas la "voler" pendant la nuit*". (SOAMPA, 1989).

5.3.3.3 La pharmacopée

Des recettes existent mais leur obtention est très difficile car souvent elles revêtent un aspect mystique. Beaucoup d'incantations s'y trouvent mêlées.
La seule explication dont nous disposons est la suivante : un fil d'arc (en peau) est trempé dans les urines de la femme. Il y a une plante dite "kuani ana tiadi" en langue Gulmancema. Avec le fil d'arc trempé, on fouette les feuilles de cette plante, tout en citant des incantations. Ces feuilles se ramassent en boule. Au fur et à mesure qu'on fouette ces feuilles on réalise des noeuds avec la corde de l'arc. Le nombre de noeuds correspond au nombre d'années au cours de laquelle la femme ne peut pas être gestante malgré des rapports sexuels. Elle ne pourra être gestante que lorsque les noeuds de la corde seront défaits. "*Ces recettes ne*

sont pas à la portée de tout individu parce que l'on peut oublier de défaire les noeuds, ou mourir, ou utiliser ce procédé pour faire du mal à une femme !" (SOAMPA, 1989).

Des produits abortifs y sont très couramment cités, mais il semble que l'avortement est interdit et mal perçu dans ce milieu. "***Il est pratiqué par des femmes qui se prostituent***" nous diront la majorité des femmes interrogées.
D'autres nous dirons, à propos de l'avortement : "***nous cherchons plutôt des moyens pour préserver la vie et non ceux qui la suppriment. Parfois nous ne désirons pas une grossesse, mais une fois qu'elle advient, nous devons l'accepter malgré nous***".

5.4 LES OBSTACLES A LA PLANIFICATION FAMILIALE

C'est le 3ème objectif spécifique que nous nous sommes assignés.

1) Age précoce au 1er mariage des femmes

90 % des femmes sont mariées à 20 ans contre seulement 10 % qui le sont après 20 ans.

2) Le désir de nombreux enfants

Nous avons constaté que 65 % des individus désiraient une famille nombreuse (cf. tableau 5.24), 6 enfants et plus, contre 35% qui en désirent moins de 6 enfants. La taille idéale de la famille dans notre étude est de six (6) enfants. Ce qui ne diffère pas des autres régions africaines comme nous l'avons précédemment évoqué dans les données générales. Au Kenya, "la taille idéale de la famille, pour les femmes, est de 7 enfants" (A.G.I., 1985).

3) Le manque d'information

a) Le manque d'information contraceptive : 83 % n'ont jamais entendu parler de méthodes contraceptives de façon générale (cf.Tableau 5.27).

b) La méconnaissance des méthodes contraceptives : 82 % ne connaissent aucune méthode moderne de contraception (cf.Tableau 5.26).

c) Nous constatons que 99 % des individus n'utilisent pas de méthodes modernes de contraception. Certains se sont exprimés à

cet égard : "nos agents de santé ne nous parlent jamais de planification familiale".

d) Beaucoup d'individus émettent des réserves sur les méthodes modernes de contraception : "ces méthodes sont-elles réversibles ?" nous demandent certains."N'induisent-elles pas des malformations congénitales ?" nous demandent d'autres.
Toutes sortes de réflexions nous ont été faites à propos des méthodes modernes. Mais la crainte générale est l'irréversibilité de ces méthodes. Selon **Abdoul Karim SANGARE** du Mali, "le *manque d'information sur les services de planning familial, l'existence d'une grande quantité d'informations inexactes sont les obstacles culturels les plus redoutables* (A.G.I., 1985).

4) L'inexistence de services de planification familiale

Aucun service offrant des prestations en planification familiale n'existe dans la province. Les prestations sont l'objet d'entreprise individuelle ou émanant d'oeuvres humanitaires.
L'unique couple utilisant le Noristerat ® nous a fait la réflexion suivante : "même disposant d'une ordonnance et de l'argent nécessaire, vous ne pouvez pas acheter de contraceptifs parce qu'ils ne se vendent même pas dans notre zone. Nous sommes obligés de nous ravitailler au Niger !".

5) L'inertie des mentalités

En général, il ressort que l'ignorance constitue un frein à la planification familiale. Les réflexions faites à ce sujet ont été les suivantes :
- S'adressant à l'investigateur principal, un adulte de la quarantaine s'exprima: "vous avez environ 30 ans. Si vous étiez restés au village, vous auriez à présent au minimum deux femmes. Observez dans le village. Les jeunes de votre génération sont mariés".

- Un autre nous dit : "vous vous plaignez des mariages précoces et forcés que nous faisons. Les filles qui sont instruites prennent "quelque chose" pour ne pas être enceinte. Les nôtres n'en possèdent pas. Par contre, laissées à elles, vous les verrez un jour enceintes et personne ne voudra plus d'elles. La solution pour nous consiste à leur donner en mariage le plus vite possible".

Toutes ces réflexions ont trait à l'ignorance et aux conditions de vie dues en partie au manque d'instruction.

6) La condition de la femme

Beaucoup de femmes se sont exprimées à cet égard. Les propos fréquents rendent compte du désir des femmes d'être considérées, non pas comme "destinées à procurer une progéniture uniquement à l'homme" mais comme des êtres humains ayant droit de participer aux décisions concernant le foyer.
"*Nous ne sommes considérées que par le nombre d'enfants que nous possédons. Ce ne sont pas des céréales qu'il faut produire autant que possible pour prévenir une éventuelle famine!*" nous dira l'une d'elles.

Une autre d'ajouter : "*les hommes n'ont pas d'égard pour nous. A ma dernière grossesse (que je ne désirais pas), j'ai eu tous les maux possibles. Mais pas un seul jour mon mari ne m'a accompagnée au dispensaire. Je me suis débrouillée seule pour la mener à terme*".

Une troisième de faire la réflexion suivante : "*les hommes qui pensent que la contraception va nous inciter à l'adultère ne se soucient pas de nous. Ils ne prennent pas en considération la souffrance que nous endurons pour qu'ils puissent se vanter de leur descendance*".

En effet, 16 % des individus (en majorité masculin) pensent que la contraception va amener les femmes à commettre l'adultère.

Cette idée a été évoquée par **TETTEKPOE (Président de l'association togolaise pour le bien être familial)**: selon que l'on considère la femme comme exclusivement vouée aux tâches domestiques ou susceptible de participer, avec l'homme, aux décisions sur l'avenir de la famille, **"on aura plus ou moins tendance à la percevoir comme la bonne à tout faire, la génitrice, la pondeuse qui dégénère dès qu'elle n'a pas un enfant à la main, un au dos et l'autre au sein"** (*A.G.I., 1985*).
La crainte que les "maladies n'emportent" un grand nombre d'enfants, incite certains couples a avoir autant d'enfants que possible.

Parmi ces individus, en majorité des femmes, voici l'expression, traditionnellement employée en la matière :**"si vous faites 3 où 4 enfants, la rougeole emporte l'un, le paludisme l'autre, la diarrhée le 3ème, que vous reste-t-il ?"**

5.5 FACTEURS FAVORABLES A LA PLANIFICATION FAMILIALE

5.5.1 Les conditions de santé maternelle et infantile

1°) La grande multiparité

Ce sont surtout les femmes de la tranche d'âge de 30 à 44 ans qui ont le maximum de grossesses :

- l'une d'elle a révélé avoir eu 18 grossesses ;
- quatre autres ont contracté chacune 11 grossesses ;
- deux autres, 10 grossesses chacune.

Tableau 5.12 : Nombre moyen de grossesses selon l'âge

15-19 ans	20-29 ans	30-45 ans	Moyenne générale
0,9	4,3	9,3	5,9

Ceci conduit à des nombres moyens de grossesses élevés :
ce nombre moyen croit avec l'âge ; les femmes de 30 à 45 ans ont en moyenne plus de 9 grossesses. Alors que, nous savons que le risque d'avortement spontané augmente avec le nombre de grossesses.

2°) Des avortements spontanés assez fréquents

Tableau 5.13 : Nombre moyen d'avortements spontanés selon l'âge

15-19 ans	20-29 ans	30-45 ans	Moyenne générale
0,3	0,5	1,2	0,7

Les femmes qui ont eu 4 ou 5 avortements se trouvent dans le groupe d'âge de 30 à 45 ans. Nous constatons que ce nombre moyen augmente avec l'âge.

3°) Une mortalité infantile élevée pour les femmes du groupe d'âge toujours avancé (30-45 ans). On y enregistre des femmes ayant jusqu'à 4 ou 5 enfants décédés (par femme) avant 5 ans révolus.

Tableau 5.14 : Nombre moyen d'enfants décédés (avant 5 ans) selon l'âge de la mère

15-19 ans	20-29 ans	30-45 ans	Moyenne générale
0	0,9	2,3	1,3

Ce nombre moyen augmente avec l'âge de la femme.

Nous avons résumé tous ces tableaux par un graphique (**Descendance des femmes**) qui illustre mieux le rapport existant entre l'âge de la mère et les grossesses, les avortements spontanés et la mortalité infantile.

4°) Malgré un nombre moyen d'avortements spontanés élevés, une mortalité infantile élevée, le nombre moyen d'enfants survivants est relativement élevé par rapport à l'âge de la mère.

Tableau 5.15 : Nombre moyen d'enfants vivants selon l'âge de la mère

15-19 ans	20-29 ans	30-45 ans	Moyenne générale
0,6	3	5,9	3,8

Si le nombre moyen d'enfants vivants par femme reste relativement élevé malgré ces indicateurs de santé défavorables, la grande multiparité pouvait se justifier aux époques où des services de santé ruraux n'existaient pas. De nos jours, le constat que nous faisons dans cette étude est le suivant :

- la procréation est vécue jeune (les femmes de 15 à 19 ans ont en moyenne une grossesse) ;
- les femmes de plus de 35 ans continuent à contracter des grossesses ;
- il existe des cas de grande multiparité (9,4 grossesses en moyenne à 30 ans) ;
- les grossesses rapprochées ne manquent pas dans ce milieu.

Des faits réunis dans le monde entier montrent que le risque de maladie et de décès maternel et infantile est le plus élevé dans le cas de quatre catégories particulières de grossesses:

1) grossesses avant l'âge de 18 ans ;

Fig 12. Descendance des femmes
selon l'age

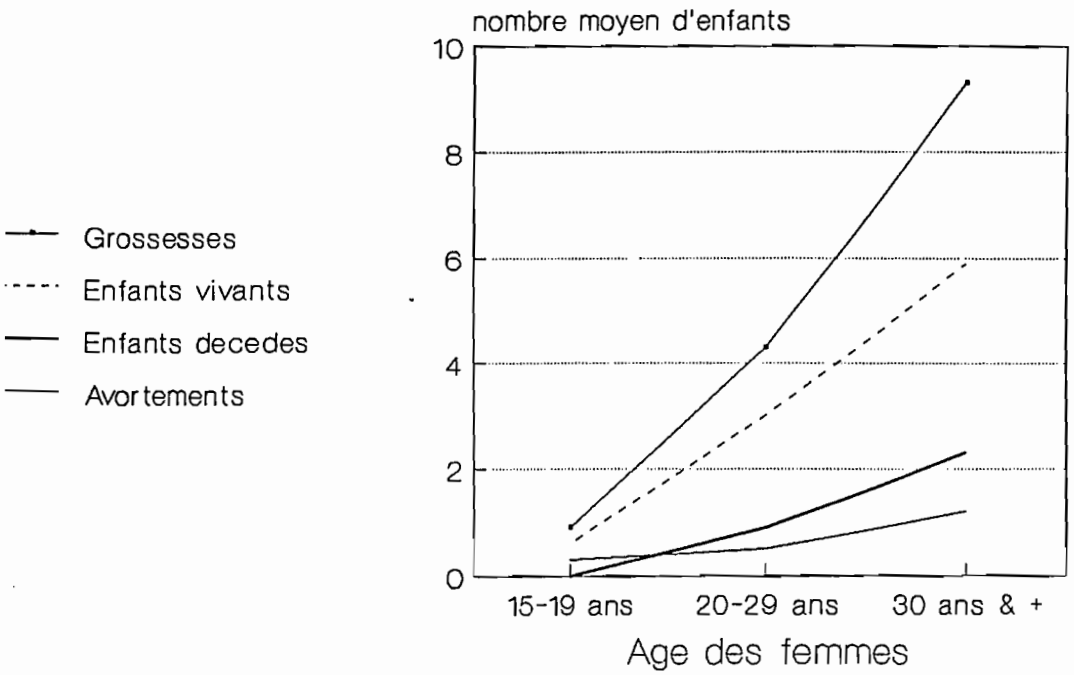
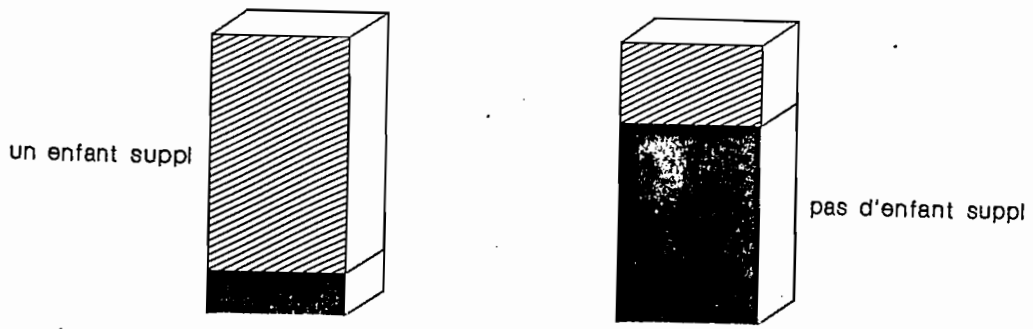


Fig 13. Desir enfant supplementaire
selon le nombre d'enfants vivants



2) grossesses après l'âge de 35 ans ;
3) grossesses après quatre naissances ;
4) grossesses à moins de 2 ans d'intervalle.

Par ailleurs, "on peut considérer les grossesses comme présentant des risques élevés si elles sont trop précoces, trop tardives, trop nombreuses et trop rapprochées. Ainsi elles mettent en danger la santé de la mère et de l'enfant" (POPULATION REPORTS, 1985 a). C'est ce qu'on appelle classiquement les "quatre trop" en planification familiale : trop d'enfants, trop tôt, trop rapprochés, et trop tard.
Ceci dit, les conditions de grossesses à risques élevés se trouvent réunies dans cette zone rurale et cela nécessite un remède.

5.5.2 Attitudes favorables a la planification familiale

5.5.2.1 Désir d'espacement des naissances

83 % des individus souhaitent que les naissances soient espacées au moins de 3 ans contre 17 % qui désirent deux ans comme espace inter-génésique idéal (cf tableau 5.25).
Ce désir d'espacement des naissances crée une lueur d'espoir pour une politique de planification familiale dans cette zone rurale.

5.5.2.2 Attitudes par rapport aux grossesses rapprochées

Le pourcentage d'individus ayant enregistré des problèmes de grossesses rapprochées dans leur foyer est de 35 % (cf tableau 5.29).
Ce problème constitue un facteur favorable à la planification familiale parce qu'il crée un besoin. Un problème qui nécessite une solution. Et cette solution, les zones rurales ne la possèdent pas.
A la question de savoir l'attitude à adopter pour éviter les grossesses rapprochées, la majorité des interrogés (hommes comme femmes) a répondu ne pas disposer de solution hormis l'abstinence (ou la continence).
Un adulte de 65 ans nous a fait la réflexion suivante :"mon fils, je sais que vous pensez que je possède le moyen d'éviter les grossesses rapprochées dans ma famille. Mais voici l'une de mes femmes qui est en grossesse alors que son enfant n'est pas sevré et ne va même pas à "quatre pattes" ! Si vous voulez me vendre des

contraceptifs à l'instant même, je suis prêt à les acheter. Il n'y a pas d'âge à cela. Nous sommes désarmés face à ce problème".

5.5.2.3 Une partie des multipares ne désirent plus d'enfants

Nous avons cherché à savoir s'il y avait une différence du désir d'avoir d'autres enfants entre les femmes qui ont moins de 5 enfants vivants et celles qui ont 5 enfants vivants et plus .

Tableau 5.16 : Désir d'enfants supplémentaires par rapport au nombre d'enfants vivants chez les femmes

Enfants vivants	ENFANTS SUPPLEMENTAIRES			
	0		1 et plus	
1 à 4	2	15 %	11	85 %
5 et plus	12	71 %	5	29 %

Nous avons constaté que 71 % de celles qui ont au moins cinq enfants vivants ne désirent plus avoir un enfant, alors que 15 % seulement de celles qui ont moins de 5 enfants ne désirent plus en avoir. D'autre part, le test de Fisher nous montre une différence significative à 0,004 % entre ces deux catégories de femmes.

5.5.2.4 Désir exprimé d'information et de sensibilisation

a) 97 % désirent disposer d'information en matière de planification familiale pour eux et leur conjoint(e) de façon générale.

b) En ce qui concerne l'espacement et l'arrêt des naissances, 99 % désirent être sensibilisés à l'espacement des naissances ; et 97 % désirent la sensibilisation du (ou de la) conjoint(e) quant à l'espacement des naissances.

Tableau 5.17 : Désir de sensibilisation à l'espacement des naissances selon le sexe

Sexe	Sensibilisation					
	oui		non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	60	100	0	-	60	100
Féminin	59	98	1	2	60	100
Total	119	99	1	1	120	100

Tableau 5.18 : Désir de sensibilisation du (ou de la) conjoint(e) à l'espacement des naissances par rapport au sexe

Sexe	Sensibilisation					
	Oui		Abstention		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	59	98	1	2	60	100
Féminin	57	95	3	5	60	100
Total	116	97	4	3	120	100

Quant à l'arrêt des naissances, 97 % désirent la sensibilisation du couple à l'arrêt des naissances en cas de besoin.

Tableau 5.19 : Désir de sensibilisation du couple à l'arrêt des naissances selon le sexe

Sexe	Sensibilisation					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	57	95	2	3	59	100
Féminin	60	100	-	-	60	100
Total	117	97	2	3	119	100

Les réflexions que nous retenons des individus qui se sont exprimés sont toutes éloquentes.

Un homme : "*nous souhaitons que l'information puisse atteindre les deux (le mari et la femme). Si l'homme seul est sensibilisé, et que la femme ne l'est pas, cela ne servira à rien ; parce que c'est elle qui est la première concernée. Vous pouvez lui acheter les contraceptifs mais vous ne pourrez jamais la forcer à les prendre !*".

Les femmes elles s'expriment : "*c'est le mari qui est le responsable de la famille, donc de nous et de nos enfants. Nous ne pouvons rien décider sans leur accord, surtout concernant un problème aussi important que la contraception. Si nous la pratiquons à son insu, cela peut créer un conflit entre l'accoucheuse villageoise et lui, et même conduire au divorce*".

Nous ne terminerons pas sans évoquer cette réflexion riche d'enseignement d'un vieux de 70 ans : "*nous savons tous qu'un champ où le semis est trop serré produira moins qu'un champ ou le semis est espacé. En cultivant dans du semis très serré, vous serez amenés, involontairement à arracher certains. Alors que dans le semis espacé, vous cultivez agréablement ! Si vous semez une superficie que vous ne pouvez pas entretenir, les herbes envahissent le semis ! C'est ce que la planification familiale veut nous apprendre au niveau des enfants !*"

Mais si le désir d'espacer les naissances est incontestable, la limitation des naissances, quant à elle, semble moins appréciée.

c) Le désir de sensibilisation des enfants à la planification familiale. (par le biais des écoles primaires)

Il y a une proportion importante d'individus qui souhaitent que les enfants soient sensibilisés à l'égard des problèmes de fécondité. (93 %).

Tableau 5.20 : Désir de sensibilisation des enfants aux méthodes modernes de planification familiale selon le sexe

Sexe	Sensibilisation					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	56	95	3	5	59	100
Féminin	55	92	5	8	60	100
Total	111	93	8	7	119	100

Les arguments avancés à ce propos par ceux qui sont favorables à cette pratique sont les suivants :
"*nous ne souhaitons pas que nos enfants vivent dans les mêmes conditions que nous. Par conséquent, ils doivent éviter les erreurs que nous avons commises. La sensibilisation les aidera à les éviter*" nous dira un homme.

Une femme nous dira : "*nos enfants sont les hommes et les femmes de demain. Nous n'avons pas eu le privilège de disposer de l'instruction. Mais maintenant que les écoles sont à nos portes, il faut que ces écoles apprennent à nos enfants ce qu'ils doivent faire pour améliorer leur condition de vie. Un enfant qui apprend quelque chose à l'école ne l'oubliera pas si facilement que s'il l'avait apprise à la maison !*"

Mais ceux qui ne sont pas favorables à la sensibilisation (7 %) des enfants à la planification familiale à l'école émettent des craintes :
"*nous craignons que dès le jeune âge, en voulant les sensibiliser, qu'on ne passe le temps à montrer à nos enfants des scènes de nudité, comment on fait des rapports sexuels ! Car nous rencontrons certains journaux "horribles" (pornographiques) chez nos enfants instruits !*"

5.5.2.5 Attitudes favorables à la contraception moderne

Elles suscitent un espoir quant aux chances de réussite d'un programme de planification familiale dans cette zone rurale.

a) En effet, 94 % désirent utiliser les méthodes modernes de contraception (sans précision de la méthode) pour eux-mêmes.

Tableau 5.21 : Le désir d'utiliser la contraception moderne en fonction du sexe

Sexe	Contraception moderne					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	53	90	6	10	59	100
Féminin	59	98	1	2	60	100
Total	112	94	7	6	119	100

Il y a une abstention parmi les hommes

Les 10 % d'hommes qui ne désirent pas utiliser la contraception moderne précisent qu'il n'y a pas de problème de grossesses rapprochées dans leurs foyers.
La femme ne désirant pas l'utiliser est ménopausée.

b) 96 % sont favorables à la contraception du conjoint ou de la conjointe.(cf tableau 5.28)

Le besoin de contraception s'est fait sentir lors de notre enquête par le fait qu'il y a une demande spontanée. La majorité nous demande si nous avons de la "pilule" disponible pour eux. L'exemple de ces deux femmes venues à notre lieu d'hébergement dès six heures du matin, est significatif : ***"nous avons appris que vous recensez les femmes qui ne désirent plus accoucher. Nous sommes venues pour nous inscrire et recevoir ou acheter la pilule"*** nous dirent-elles.

*** Mais, il reste à signaler que, si la demande de contraceptifs a été spontanée, beaucoup de femmes et même d'hommes préfèrent la méthode injectable à effet retard d'une durée de 3 mois à la méthode orale.**

La réflexion générale à cet égard a été la suivante : *"il nous sera très difficile, malgré notre bonne volonté, de respecter cette prescription. Nos tâches diverses (travaux champêtres, travaux ménagers, l'occupation par les enfants) vont nous amener à oublier très fréquemment la prise quotidienne des contraceptifs oraux"*.

Une femme renchérit : *"je préfère la méthode injectable car si elle doit se faire tous les trois mois, même s'il faut se déplacer à dix kilomètres pour la subir, je suis disposée à le faire"*.
Cette attitude de la femme rurale vis-à-vis de la contraception orale a été exprimée ailleurs, par d'autres voix. Un médecin travaillant au programme de planification familiale de Sierra-Leone, lors d'une conférence internationale sur la planification familiale déclara : "je *n'aime pas les contraceptifs oraux, une méthode que je considère inadaptée à la femme africaine en raison du risque de manque d'assiduité dans son utilisation"* (ALAN GUTTMACHER.INSTITUTE, 1985).

D'autres raisons interviennent dans ce choix. En effet, l'utilisation des progestatifs injectables à été efficace et populaire dans un certain nombre de pays d'Afrique. Les raisons que donnent les utilisatrices et le personnel de la planification familiale pour expliquer l'énorme popularité des injectables sont, entre autres "*la commodité, le fait que la méthode puisse être utilisée sans qu'aucune autre personne ne le sache, et certaines croyances traditionnelles que les injections font plus d'effet que les médicaments pris oralement*" (CASTLE., 1978).

5.5.2.6 La disponibilité financière

Concernant la question d'achat des contraceptifs, l'unanimité est incontestable.

Tableau 5.22 : Attitude par rapport à l'achat des contraceptifs selon le sexe

Sexe	Achat					
	Favorable		Abstention		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	58	97	2	3	60	100
Féminin	60	100	-	-	60	100
Total	120	100	2	2	120	100

Mais les interviewés posent la condition de disponibilité des contraceptifs dans leur zone rurale.

Certaines femmes se sont exprimées : "nous sommes prêtes à l'achat des contraceptifs avec la même ferveur que nous aurons acheté l'Aspirine ou la Nivaquine ® pour un accès palustre".

Des hommes s'expriment : *"si vous refusez d'acheter des contraceptifs pour votre femme, vous serez obligés d'acheter plus de sacs de mil pour nourrir vos nombreux enfants".*

5.5.2.7 Une attitude religieuse favorable

Les obstacles liés aux considérations religieuses semblent être faibles dans ce milieu.
En effet, 76 % des individus considèrent que la religion (Animiste, Catholique et Protestante) ne peut pas constituer un frein à l'utilisation des méthodes modernes de contraception.
Parlant du Catholicisme et du Protestantisme, un adulte de 35 ans fait remarquer que *"si votre femme est malade parce qu'elle est victime de grossesses rapprochées, vous n'irez pas au culte du dimanche en la laissant souffrante. Vous courrez partout pour chercher le remède à son mal".*
Un animiste de la cinquantaine nous révéla : *"si vos enfants sont affamés parce qu'il n'y a pas le mil nécessaire pour les nourrir à cause de leur nombre excessif, vous irez à la recherche du mil et non à la recherche d'une idole ou faire un sacrifice".*

5.5.2.8 Une opinion générale favorable à la planification familiale

L'unanimité sur les bienfaits de la planification familiale est indéniable. Les 120 individus interrogés sont tous favorables à la planification familiale sans aucune exception.

Un homme nous déclara : *"c'est la première fois que j'entends parler de cela. Nous pourrons soulager nos femmes en leur permettant de se reposer des maternités. C'est aussi un soulagement pour nous les hommes parce que cela nous rapprochera plus de nos femmes. Nous n'aurons plus peur qu'elles soient enceintes après tout rapport sexuel".*

Un autre renchérit : *"ma femme a failli mourir de grossesse rapprochée. L'enfant qu'elle allaitait encore est décédé et elle devenait de plus en plus "blanche" (pâle) au fur et à mesure que sa grossesse évoluait. Les contraceptifs, quelque soit leur prix, me rendront un service incontestable".*

Une femme s'exprima : *"après les champs, les travaux ménagers. Nous passons tout le temps à trotter, l'enfant appendu sous l'aisselle nous "trayant" à longueur de journée. S'il faut encore qu'un autre "siège" dans le ventre (parlant d'une grossesse précoce), l'enfer ne vaudrait-il pas mieux ! Hélas, c'est pourtant la vie que nous, femmes rurales, menons".*

Une autre d'ajouter : *"parfois, nous sommes malades, affaiblies, et sommes persuadées que la survenue d'une grossesse sera pénible pour nous. Que faire ? Refuser les sollicitations du mari, cela vaudra d'être répudiée ! Les contraceptifs seront pour nous d'un grand salut".*

Le conjoint de l'unique femme qui utilise le Noristerat [R] nous cita le proverbe gourmantché suivant : *"on ne piétine pas la hernie d'un aveugle deux fois ! Dès qu'il entend des pas qui s'approchent, il la range aussitôt".* Ceci pour nous expliquer qu'il a eu des problèmes de grossesses rapprochées et qu'il a trouvé la solution en mettant sa femme sous contraception.

5.6 LES DIFFERENCES DE COMPORTEMENT ET D'OPINION

Cet objectif spécifique vise à montrer les différences pouvant exister entre des groupes d'individus. Les différences d'attitude selon le sexe, l'âge, l'alphabétisation et la religion à l'égard de la planification familiale sont à prendre en compte pour l'élaboration d'un programme de planification familiale adapté au milieu rural.

5.6.1 Les différences liées au sexe

1°) L'âge au 1er mariage

Tableau 5.23 : Age au premier mariage selon le sexe

Sexe	Age au 1er mariage					
	10 à 25 ans		26 ans et +		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	19	73	7	27	26	100
Féminin	43	100	-	-	43	100
Total	62	90	7	10	69	100

Nous constatons qu'à 25 ans, 73 % des hommes sont mariés et 100 % des femmes. Le test de Fisher montre une différence très significative (P = 0,6 %). Comme dans de nombreuses sociétés africaines, les mariages sont précoces essentiellement chez les femmes.

2°) Taille de la famille idéale pour les hommes et les femmes

Tableau 5.24 : Taille idéale de la famille selon le sexe

Sexe	Taille idéale de la famille					
	3 à 5 enfants		6 enfants & +		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	22	46	26	54	48	100
Féminin	11	24	34	76	45	100
Total (*)	33	35	60	65	93	100

(*) Il y a 27 individus (12 hommes et 15 femmes) qui ne se sont pas prononcés par rapport à cette question.

54 % des hommes et 76 % des femmes souhaitent avoir une famille de 6 enfants ou plus.

46 % des hommes et seulement 24 % des femmes souhaitent avoir une famille de 5 enfants au maximum.

Le test de Fisher montre une différence significative (P = 2,6 %) entre les hommes et les femmes.

Donc **les femmes désirent avoir plus d'enfants que les hommes.**

3°) Différence de l'intervalle inter-génésique idéal entre les hommes et les femmes

Tableau 5.25 : Intervalle inter-génésique idéal selon le sexe

Sexe	Intervalle idéal entre les naissances					
	1 à 2 ans		3 à 5 ans		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	15	25	44	75	59	100
Féminin	5	8	55	92	60	100
Total	20	17	99	83	119	100

75 % des hommes et 92 % des femmes désirent un espacement des naissances de 3 ans au minimum.

Fig 14. Taille idéale la famille
selon le sexe

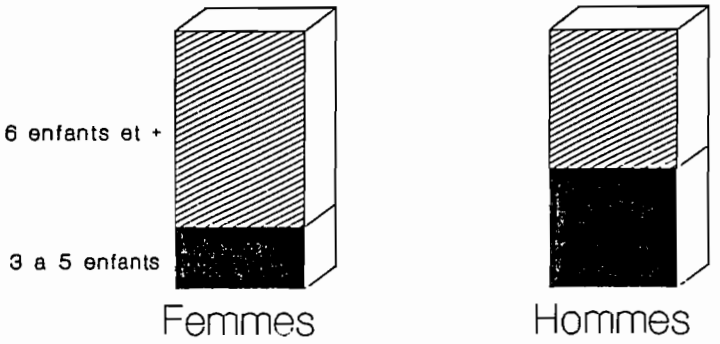
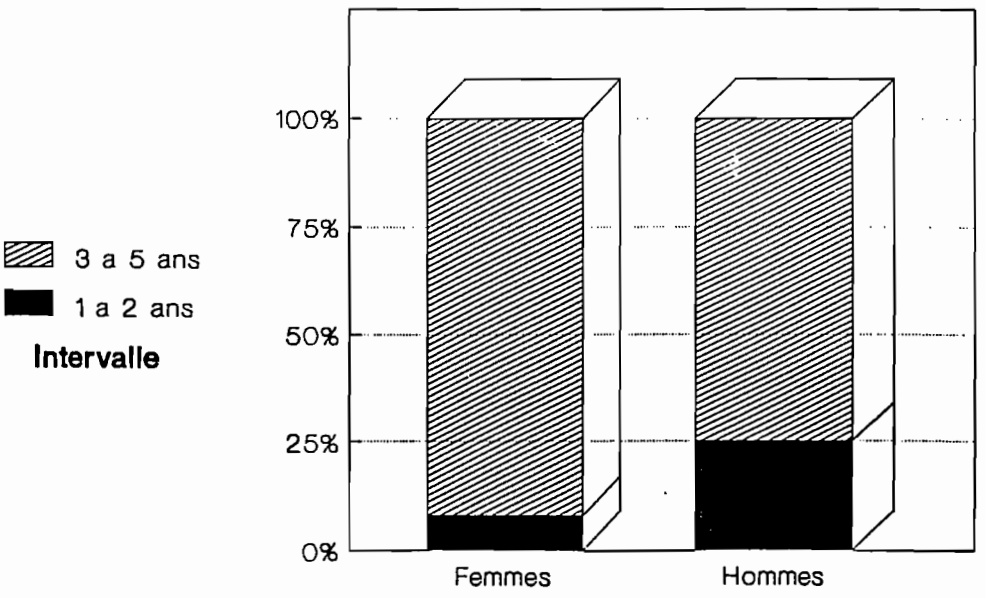


Fig 15. Intervalle inter-génésique
ideal selon le sexe



Le test de Fisher montre une différence significative (P = 2,5 %). **Donc les femmes désirent un espacement des naissances plus long que les hommes.**

4°) Différence de connaissance de la contraception moderne entre les hommes et les femmes

Tableau 5.26 : Connaissance de la contraception moderne selon le sexe

Sexe	Connaît contraception moderne					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	15	26	43	74	58	100
Féminin	6	10	53	90	59	100
Total (*)	21	18	96	82	117	100

(*) Deux hommes et une femme n'ont pas répondu à cette question.

26 % des hommes et seulement 10 % des femmes connaissent au moins une méthode moderne de contraception.

Le test de Fisher montre une différence significative (P = 2,4 %) de la connaissance de la contraception moderne entre les hommes et les femmes.

Il y a plus d'hommes que de femmes qui connaissent la contraception moderne.

D'autres études faites ailleurs ont abouti à un résultat similaire : selon YORO (1985), "*en Côte-d'Ivoire, une minorité des femmes (17,6 %) connaissent les méthodes contraceptives*".

5°) Différence d'accès à l'information contraceptive entre les hommes et les femmes

Tableau 5.27 : Pourcentage d'individus informés en matière de contraception selon le sexe

Sexe	A disposé d'information contraceptive					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	16	27	44	73	60	100
Féminin	5	8	55	92	60	100
Total	21	17	99	83	120	100

27 % des hommes et seulement 8 % des femmes ont bénéficié d'information en matière de contraception moderne ; donc, 92 % des femmes n'ont jamais entendu parler de la contraception moderne.
Il y a une différence significative (P = 0,7 %) entre les hommes et les femmes. Ce qui nous permet de dire que **les hommes ont plus accès à l'information contraceptive que les femmes.**
Ce résultat se trouve confirmé par d'autres études faites ailleurs, notamment au Kenya : "***souvent les femmes ne peuvent pas facilement s'informer sur les méthodes contraceptives, 58 % des femmes déclarent ne pas savoir où trouver une telle information***" (**MAINE D.**, 1981). Selon l'étude menée au Cameroun par **TSOU (1988)**, 65 % des femmes n'ont jamais entendu parler de la planification familiale.

Fig 16. Individus informés
selon le sexe

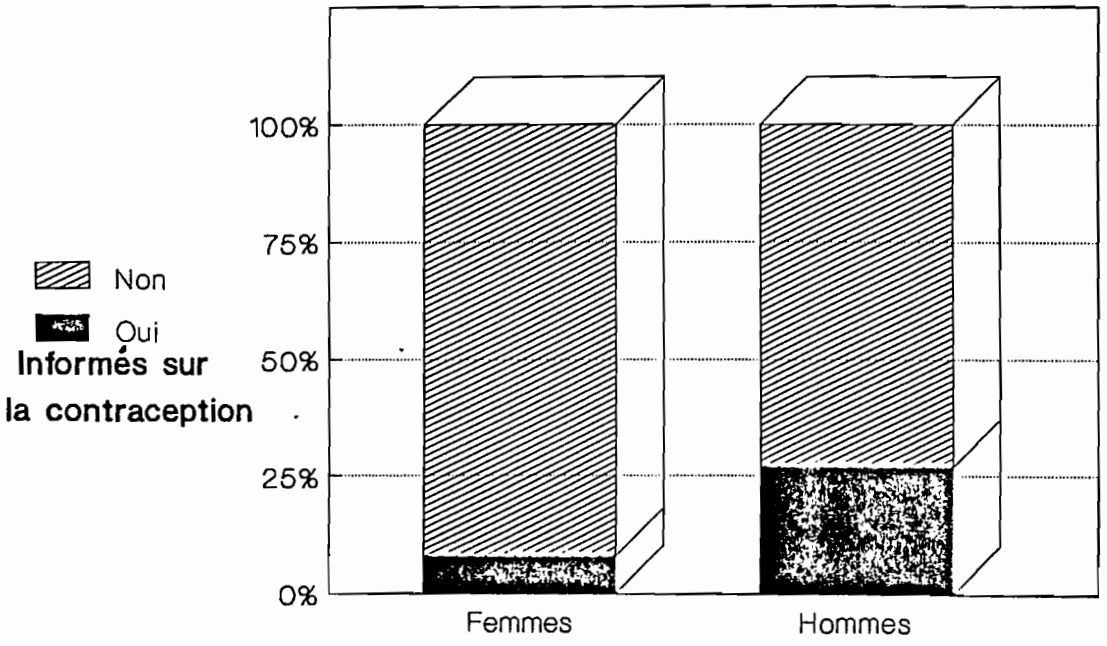
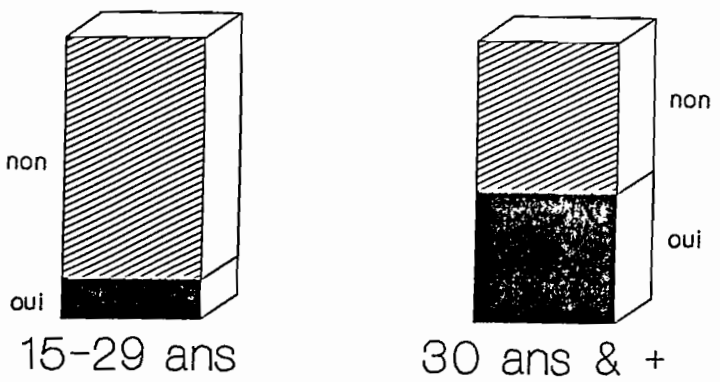


Fig 17. Probleme de grossesses rapprochees
selon l'age de la femme



6°) Une différence d'attitude à l'égard de la contraception du (ou de la) conjoint(e) entre les hommes et les femmes.

Tableau 5.28 : Désir de contraception du conjoint(e) selon le sexe

Sexe	Contraception					
	Favorable		Défavorable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	55	92	5	8	60	100
Féminin	58	100	-	-	58	100
Total (*)	113	96	5	4	118	100

(*) Deux individus ne se sont pas exprimés sur la question.

8 % des hommes sont défavorables à la contraception du(ou de la) conjoint(e) alors qu'aucune femme n'en est défavorable.
Le test de Fisher montre une différence significative (P = 3 %).
C'est dire que les femmes sont plus favorables à la contraception du conjoint que les hommes.

Au total les hommes sont favorables à des familles plus réduites, les femmes à des intervalles inter-génésiques plus grands. Les hommes mieux informés que les femmes sont moins favorables à la contraception de leur épouse que l'inverse.

5.6.2 Les différences liées à l'âge

1°) Les grossesses rapprochées apparaissent avec l'âge

Tableau 5.29 : Pourcentage de grossesses rapprochées selon l'âge

Age (années)	Grossesses rapprochées					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
15 à 29	3	14	18	86	21	100
30 et plus	18	46	21	54	39	100
Total (*)	21	35	39	65	60	100

(*) Concernant cette question, 9 individus se sont abstenus (ce sont les primipares).

Nous remarquons que 14 % seulement des femmes de la tranche d'âge de 15-29 ans ont présenté des grossesses rapprochées et 46 % des femmes de la tranche d'âge de 30 ans et plus.
Le test de Fisher montre une différence significative (P = 1,2 %)

2°) La différence d'attitude sur l'utilisation de la contraception moderne entre les jeunes et les adultes.

Tableau 5.30 : Désir d'utilisation de la contraception moderne

Age (années)	Contraception moderne					
	Favorable		Défavorable		Total	
	N	%	N	%	N	%
15 à 29	75	99	1	1	76	100
30 et plus	37	86	6	14	43	100
Total	112	94	7	6	119	100

Nous observons que 99 % des individus de la tranche d'âge de 15-29 ans désirent utiliser la contraception moderne et 86 % des individus de 30 ans et plus.
Le test de Fisher montre une différence significative (P = 0,9 %)

Tableau 5.31 : Désir de contraception du(ou de la) conjoint(e) selon l'âge

Age (années)	Contraception					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
15 à 29	76	99	1	1	77	100
30 et plus	37	90	4	10	41	100
Total	113	96	5	4	118	100

Nous observons que 99 % des individus de 15-29 ans sont favorables à la contraception du (ou de la) conjoint(e) et 90 % des individus de 30 ans et plus.
Le test de Fisher montre une différence significative (P = 4,9 %). Les jeunes sont plus favorables à la contraception du conjoint.

3°) La différence d'opinion sur les services de santé modernes en milieu rural entre les jeunes et les adultes

Tableau 5.32 : Opinion sur les services de santé ruraux en fonction de l'âge

Age (années)	Opinion					
	Favorable		Défavorable		Total	
	N	%	N	%	N	%
15 à 29	69	90	8	10	77	100
30 et plus	25	58	18	42	43	100
Total	94	78	26	22	120	100

Nous remarquons que 90 % des jeunes ont une opinion favorable sur les services de santé ruraux et 58 % des adultes.
Le test de Fisher montre une différence significative à 1 % de l'opinion sur les services de santé ruraux entre les jeunes et les adultes.

Si les jeunes ont une opinion plus favorable sur les services de santé ruraux, c'est peut-être parce qu'ils ignorent encore la précarité de ces services. En effet, beaucoup d'adultes interrogés sur ce qu'il fallait faire pour améliorer ces services de santé ont répondu :
"il n'y a pas d'antenne chirurgicale dans toute la province alors que nous avons déjà enregistré 4 femmes de ce village qui ont dû être évacuées sur Ouagadougou (500 km) pour subir une césarienne ! Nous souhaitons à défaut d'une antenne chirurgicale dans la province, qu'il y ait création de dispensaire-maternités équipés en matériel, médicament et personnel suffisant pour assurer la santé de nos populations".

Une autre réflexion : **"nous avons une école dans notre village actuellement. Il y a au moins 150 élèves qui la fréquentent. Quotidiennement les élèves se plaignent de céphalées, de douleurs**

Fig 18. Opinion sur les services de santé

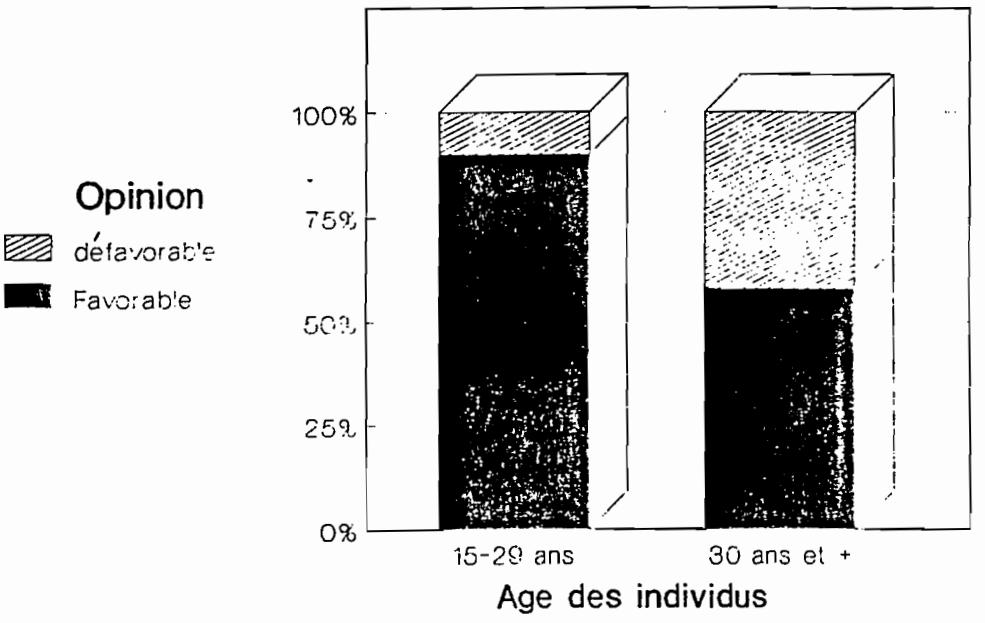
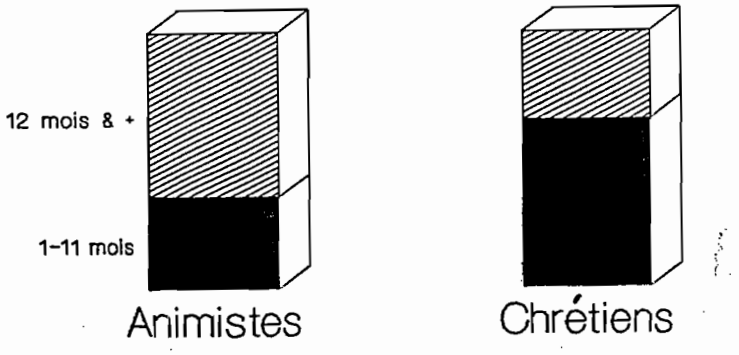


Fig 19. durée d'abstinence
selon la religion



abdominales ou présentent des plaies qui se sur-infectent vite. Si une épidémie éclate dans cette école, qu'allons-nous faire ? Alors que notre village réunit toutes les conditions pour bénéficier d'un dispensaire (situé à 7 km du dispensaire le plus proche, une population assez nombreuse et capable de fournir l'investissement humain nécessaire pour l'édification de ce dispensaire)".

Beaucoup de femmes nous ont répondu : "les Postes de Santé Primaire, c'est bien. Mais l'agent de santé villageois a un champ comme les autres cultivateurs. Il ne vit que de produits agricoles. Si votre enfant est gravement malade, il faut parcourir au moins 7 km avant d'espérer trouver un infirmier et si cela se conclut par une ordonnance, il faut attendre 2 jours avant de l'honorer".

Les jeunes ne sont pas encore confrontés à ces problèmes; cela peut expliquer leur opinion favorable.
Mais le fait que les jeunes soient plus favorables aux services de santé constitue un acquis.
De façon général, les individus de moins de 30 ans sont plus favorables à la contraception et plus ouverts sur la médecine moderne.

5.6.3 Les différences liées à la religion

Seuls deux groupes religieux (chrétiens et animistes) ont été rencontrés dans notre échantillon. Il n'y a pas un musulman dans l'échantillon parce que l'islam est peu pratiqué dans la région .

1°) Différence de la durée d'abstinence

Tableau 5.33 : Durée de l'abstinence sexuelle post-partum selon la religion

RELIGION	ABSTINENCE (mois)					
	1 à 11		12 et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%
Animistes	12	36	21	64	33	100
Chrétiens	19	66	10	34	29	100
Total	31	50	31	50	62	100

Pour cette question, 7 individus se sont abstenus.
Il y a 66 % de chrétiens qui endurent moins de 12 mois et 36 % d'animistes.
Le test de Fisher montre une différence très significative (P= 0,04 %) de la durée de l'abstinence entre les chrétiens et les animistes.

2°) La différence d'accès à l'information contraceptive

Tableau 5.34 : Pourcentage d'individus informés de la contraception selon la religion

RELIGION	CONTRACEPTION					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Animistes	2	4	48	96	50	100
Chrétiens	19	27	51	73	70	100
Total	21	17	99	83	120	100

Il y a 4 % d'animistes qui ont bénéficié d'une information contraceptive et 27 % des chrétiens.
Le test de Fisher montre une différence très significative (P= 0,06 %) de l'accès à l'information contraceptive entre les chrétiens et les animistes.

3°) Une différence de connaissance des méthodes modernes de contraception

Cette différence est inhérente à celle qui existe entre ces deux groupes religieux vis-à-vis de l'information contraceptive.

Tableau 5.35 : Connaissance de la contraception moderne selon la religion

RELIGION	CONTRACEPTION					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Animistes	4	8	46	92	56	100
Chrétiens	17	25	50	75	67	100
Total	21	18	96	82	117	100

Nous notons que 8 % des animistes connaissent au moins une méthode moderne de contraception et 25 % de chrétiens.
Le test de Fisher montre une différence significative (P = 1,3 %)

4°) Une différence d'attitude à l'égard de la contraception moderne

a) Désir d'utiliser la contraception moderne

Tableau 5.36 : Désir d'utilisation de la contraception moderne selon la religion

RELIGION	CONTRACEPTION					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Animistes	42	86	7	14	49	100
Chrétiens	70	100	-	-	70	100
Total	112	94	7	6	119	100

Il y a 86 % des animistes qui désirent utiliser la contraception moderne et 100 % des chrétiens.

Le test de Fisher montre une différence significative (P = 0,2 %) du désir d'utiliser la contraception moderne entre les chrétiens et les animistes.

b) Désir de la contraception du(ou de la) conjointe(e)

Tableau 5.37 : Désir de la contraception du (ou de la) conjoint (e)

RELIGION	CONTRACEPTION					
	Favorable		Défavorable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Animistes	44	90	5	100	49	100
Chrétiens	69	100	-	-	69	100
Total	113	96	5	4	118	100

Il y a 90 % d'animistes qui désirent la contraception du conjoint (ou de la conjointe) et 100 % des chrétiens.
Le test de Fisher montre une différence significative (P = 1,1 %).

Au total, les religions chrétiennes (même si l'Eglise catholique est opposée à la contraception), impliquent une acceptation plus grande des innovations dans le domaine de la planification familiale. Mais il faut noter que la durée de l'abstinence va en diminuant chez les chrétiens ; ce qui peut favoriser l'introduction de méthodes modernes de contraception.

5.6.4 Les différences liées à l'alphabétisation

Dans cette partie, l'alphabétisation concerne les langues nationales (le gulmancema dans notre cas précis) en plus de la langue officielle (le français).

Fig 20. Taille idéale de la famille
selon l'alphabétisation

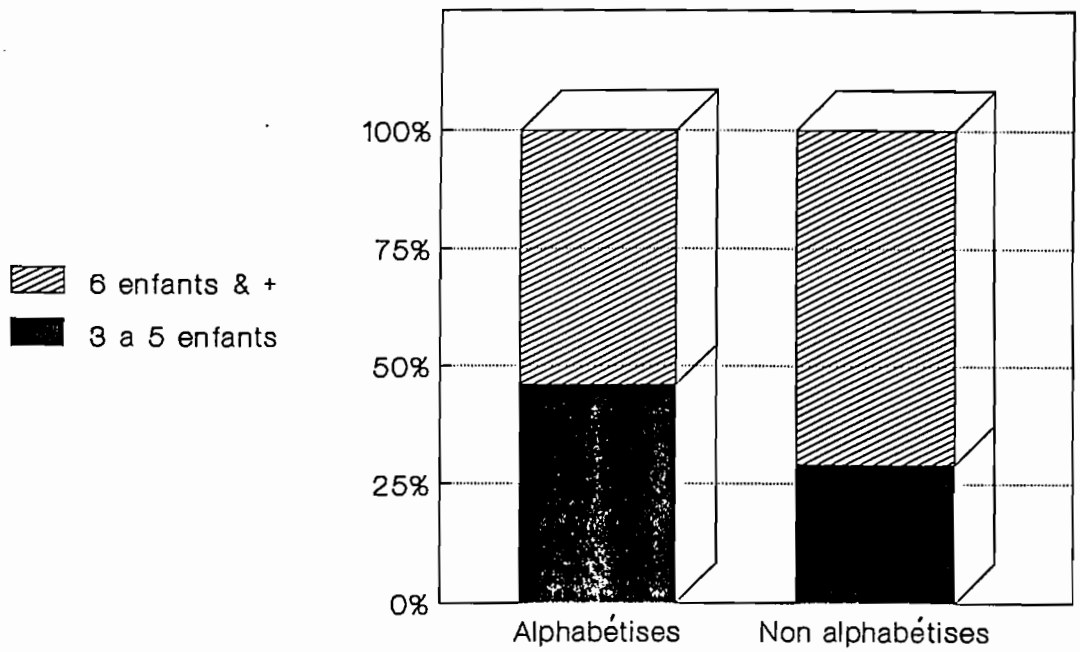
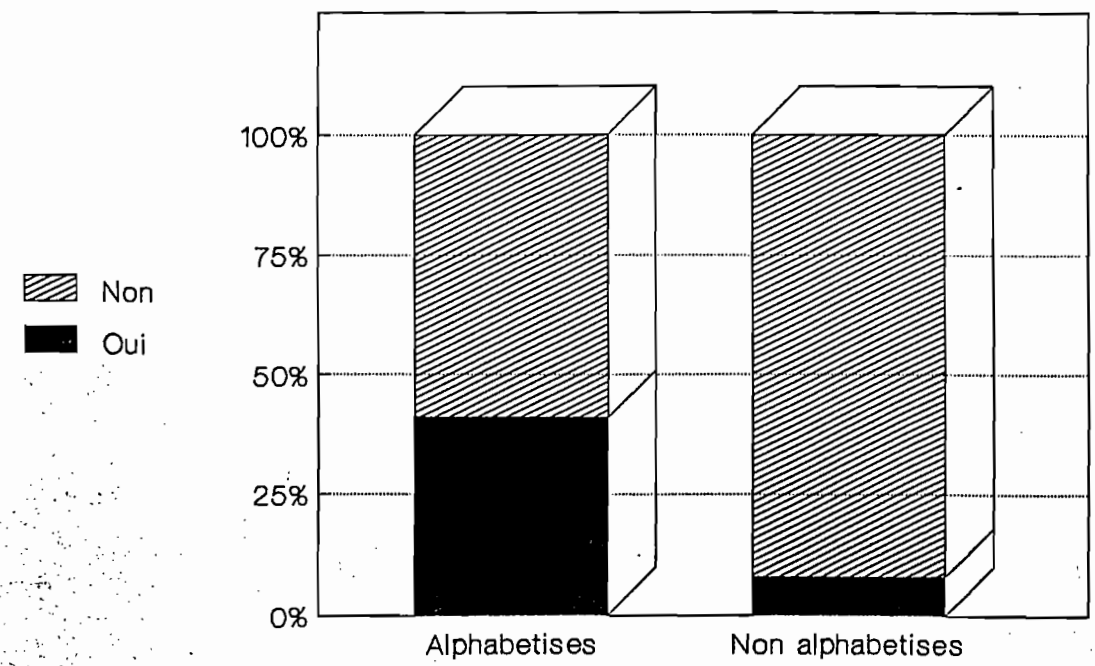


Fig 21. Connaissance de la contraception
selon l'alphabetisation



1°) La taille idéale de la famille

Tableau 5.38 : Taille idéale de la famille par rapport à l'alphabétisation

Alphabétisés	Taille idéale (nombre d'enfants)					
	3 à 5		6 et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%
Néant	16	29	40	76	56	100
Alphabétisés	17	46	20	54	37	100
Total (*)	33	35	60	65	93	100

(*) 27 individus ont répondu par "je ne sais pas".

Il y a 29 % de non alphabétisés qui désirent avoir une famille de moins de 6 enfants et 46 % des alphabétisés.
Le test de Fisher montre une différence significative (à 5 %)

2°) La durée de l'abstinence

Tableau 5.39 : Durée de l'abstinence sexuelle post-partum en fonction de l'alphabétisation

Aphabéti-sation	Abstinence (mois)					
	1 à 11		12 et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%
Néant	20	42	28	58	48	100
Gulmancema	11	79	3	21	14	100
Total (*)	31	50	31	50	62	100

(*) Cette question spécifique aux hommes et aux femmes mariés a enregistré 7 individus qui ne se sont pas prononcés.

Il n'y a aucun marié alphabétisé en français.
Nous notons que 42 % des non alphabétisés endurent moins de 12 mois et 79 % des alphabétisés.

Le test de Fisher montre une différence significative (P = 1,6 %) de la durée de l'abstinence sexuelle post-partum entre les alphabétisés et les non alphabétisés.

3°) La différence d'accès à l'information contraceptive

Tableau 5.40 : Pourcentage d'individus informés sur la contraception en fonction de l'alphabétisation

Alphabétisation	A disposé d'information					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Néant	4	5	76	95	80	100
Alphabétisés	16	41	23	59	39	100
Total	20	17	99	83	119	100

5 % seulement des non alphabétisés ont bénéficié d'information sur la contraception et 41 % des alphabétisés.
Le test de Fisher montre une différence significative (P = 4 %)

4°) La connaissance de la contraception moderne

Tableau 5.41 : Connaissance de la contraception moderne selon l'alphabétisation

Alphabétisation	Connaît contraception moderne					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Néant	6	8	74	92	80	100
Alphabétisés	15	41	22	59	37	100
Total	21	18	96	82	117	100

8 % seulement des non alphabétisés connaissent au moins une méthode moderne de contraception et 41 % des alphabétisés.
Le test de Fisher montre une différence significative à 2 %.

5°) Une différence d'attitude à l'égard de la contraception moderne

Tableau 5.42 : Désir d'utiliser la contraception moderne selon l'alphabétisation

Alphabétisation	Désir d'utiliser contraception moderne					
	Favorable		Défavorable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Néant	73	91	7	9	80	100
Alphabétisés	39	100	-	-	39	100
Total	112	94	7	6	119	100

91 % des non alphabétisés désirent utilisés la contraception moderne et 100 % des alphabétisés.
Le test de Fisher montre une différence significative (P = 5 %).

Au total, les alphabétisés (même en langue nationale) désirent des familles moins grandes, et sont plus favorables à la contraception que les illettrés (non alphabétisés).

Chapitre 6

CHAPITRE SYNTHESE ET PROPOSITIONS

6.1 SYNTHESE DES RESULTATS

Après avoir atteint tous les objectifs que nous nous étions fixés il se dégage deux types d'attitude à l'égard de la contraception moderne:

1°) la différence par rapport au sexe ;

2°) la différence par rapport à l'âge, à la religion et à l'alphabétisation.

6.1.1 Différences d'attitude entre hommes et femmes

Sexe	Facteurs favorables	Facteurs défavorables	action à entreprendre
Hommes	Mieux informés sur la contraception moderne Désirent avoir une famille moins grande	Désirent un espace plus court entre les naissances Moins favorables à la contraception du conjoint	Sensibilisation (éducation en matière de planification familiale)
Femmes	Désir un espacement plus long entre les naissances Plus favorables à la contraception du conjoint	Age au mariage précoce Désir une grande famille moins informées sur la contraception moderne	Relever l'âge au premier mariage (sensibilisation)

Les facteurs défavorables de chaque catégorie de sexe nécessitent une sensibilisation (éducation en matière de population).

6.1.2 Différences d'attitude entre les jeunes, les chrétiens, les alphabétisés et les animistes, les âgés, et les illétrés

Ce sont des groupes d'individus possédant des attitudes contraires vis-à-vis de la planification familiale et influencées par l'âge, la religion et l'alphabétisation.

Groupe	Facteurs favorables	Facteurs défavorables	Action à entreprendre
Illettrés Animistes Agés	Durée de l'abstinence plus longue	Désirent une famille plus grande moins informés sur la contraception moderne Connaissent moins les méthodes modernes de contraception moins favorables à la contraception moderne	Sensibilisation (éducation en matière de santé)
Alphabétisés Chrétiens Jeunes	Désirent des familles moins grandes Ont accès à l'information sur la contraception moderne Connaissent plus les méthodes modernes de contraception Plus favorables à la contraception moderne	Plus courte durée de l'abstinence	Apport de contraceptifs modernes information

Dans ce deuxième groupe d'individus, les facteurs défavorables liés à l'analphabétisme, à la tradition et à l'âge nécessitent une sensibilisation.

Le seul facteur défavorable lié à l'instruction, à l'appartenance à la religion chrétienne et à la jeunesse, est la durée d'abstinence plus courte qui nécessite un apport en contraceptifs modernes. Ce groupe possède déjà la sensibilisation minimale, et a de nouvelles idées (dues à l'alphabétisation) qui faciliteront la sensibilisation.

6.1.3 Meilleure source d'information

Même si quelques individus de ce milieu rural ont une connaissance de certaines méthodes modernes de contraception, il y a un besoin de sensibilisation. C'est cela qui nous a amener à rechercher

quelle est la meilleure source d'information en planification familiale pour les individus de cette zone rurale.

Tableau 6.1 : Meilleure source d'information en planification familiale par rapport au sexe

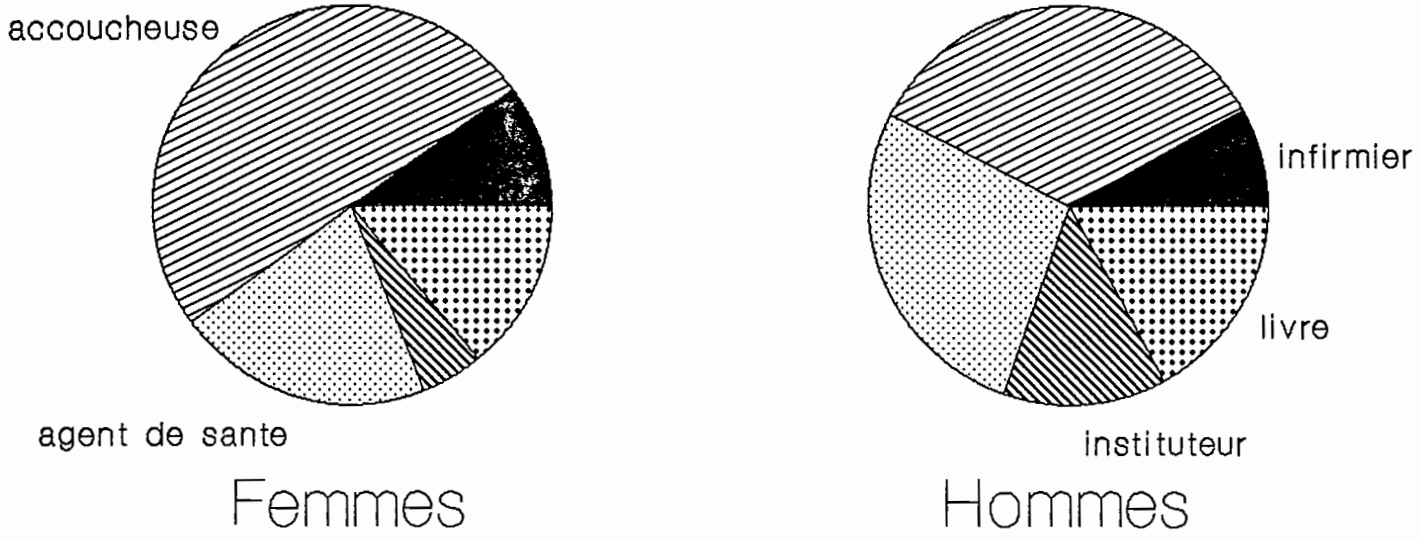
Sexe	Source d'information en planification familiale										
	Infirmier Sage-femme		Accoucheuse villageoise.		Agent de santé villageois		Instituteur du village		Livre en Gulmancema		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Masc	15	8	52	34	42	27	20	13	26	17	155
Fém	11	10	56	50	23	21	6	5	15	14	111
*Total	26		108		65		26		41		266

(*) Pour un effectif de 120 individus, nous constatons un total de 266 réponses. Cela est dû au fait qu'un individu peut se prononcer sur toutes les 5 sources d'information.

La meilleure source d'information semble être l'accoucheuse villageoise (50 % des femmes et 34 % des hommes). Puis l'agent de santé villageois (27 % des hommes et 21 % des femmes). Les raisons de ce choix ont été relevées :
"nous pensons que les agents issus de notre milieu et qui vivent avec nous sont mieux indiqués pour nous fournir les conseils nécessaires pour notre santé. L'accoucheuse villageoise pourra mieux conseiller les femmes que l'agent de santé villageois qui, étant homme, peut sensibiliser les autres hommes".

Le choix porté sur l'instituteur (13 % des hommes et 5 % des femmes) reflète le désir de sensibilisation des enfants scolarisés par leurs parents.Le choix porté sur le livre d'alphabétisation en Gulmancema (17 % des hommes et 14 % des femmes) témoignent de l'intérêt que les populations rurales accordent à l'alphabétisation en langue nationale (Alphabétisation Baantaré). Des réflexions ont été faites à ce propos : **"si des conseils en matière de contraception sont rédigés dans des livres en langue nationale, du fait que nous savons lire et écrire dans nos langues, il nous sera facile de disposer de l'information contraceptive. Le mari qui sait lire expliquera à sa femme ce qui est écrit et vice-versa si c'est la femme qui sait lire".**

Fig 22. Meilleure source d'information en planification selon le sexe

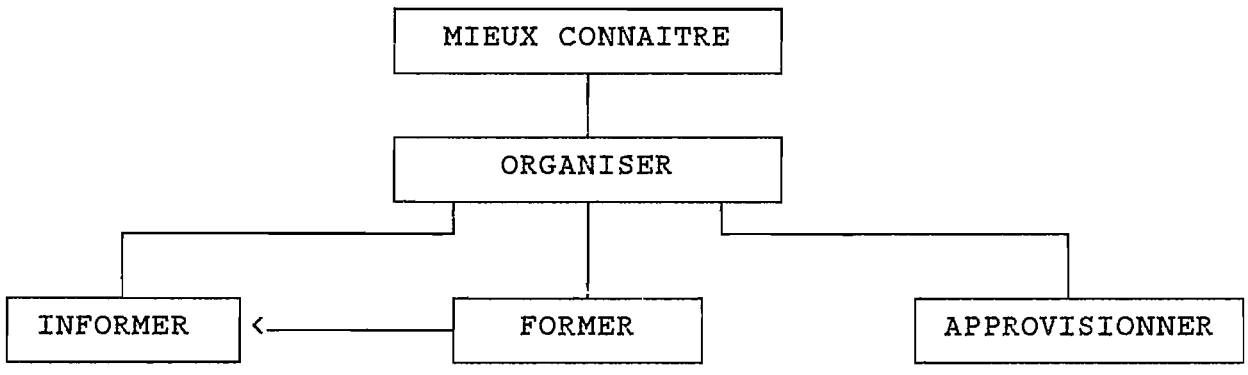


Si l'infirmier (ou la sage-femme) a enregistré un score faible par rapport à toutes les autres sources d'information, c'est parce **"qu'il est très occupé à soigner les malades, souvent très jeune ou étranger à notre milieu pour discuter d'un problème aussi intime"** disent les individus interrogés.
Il est important de souligner qu'en matière de santé communautaire, il est plus facile de former quelqu'un qui est accepté par la communauté que de faire accepter quelqu'un qui est formé.

Ce tableau en plus de l'objectif premier qui lui est assigné, permet de mettre en évidence, et de façon originale, l'opinion des populations rurales sur la politique de santé et d'éducation menée dans le pays. Ils arrivent même à établir une relation entre santé et éducation, ce qui est gage d'une certaine capacité d'analyse qui a permis à un "vieux" de ce milieu rural de porter une critique riche d'enseignement :
"vous qui êtes allés à l'école du "Blanc", vous dites toujours que nous faisons beaucoup d'enfants. C'est vrai. Mais à qui la faute ? C'est grâce à la médecine moderne que nos enfants ne meurent plus de paludisme, ni de rougeole ! C'est grâce à elle que beaucoup de grossesses sont menées à terme et que les femmes meurent moins des suites d'accouchements. Elle a permis à beaucoup d'enfants de survivre. Qu'elle nous amène les moyens susceptibles de maîtriser la fécondité parce que nous, nous n'en possédons pas, et nous ne pouvons pas nous abstenir continuellement de rapports sexuels avec nos femmes ! C'est à vous la faute, vous qui êtes allé à l'école".

6.2 PROPOSITIONS

A la suite de cette étude nous pouvons formuler des propositions qui nous amèneront à mieux connaître, pour mieux organiser la formation et l'information en matière de planification familiale et approvisionner en moyens contraceptifs les zones rurales.



6.2.1 Mieux connaître

Cette recherche a permis de montrer que la population rurale gourmantché n'est pas opposée à la planification familiale quand elle s'attache à espacer les naissances.
Des recherches semblables seraient utiles pour étudier les spécificités des autres ethnies en ce qui concerne les motivations, les coutumes et les interdits sexuels en matière de maîtrise de la fécondité.
Nous pourrions proposer, suite à notre travail, les orientations suivantes :

1) Mener une enquête C.A.P. (Connaissances, Attitudes et Pratiques) en matière de planification familiale étendue aux autres zones rurales du Burkina, et en particulier le comportement des populations rurales à l'égard des méthodes modernes de contraception.

2) Identifier la composante de la planification qui trouve un écho plus favorable dans nos zones rurales. Le thème espacement des naissances est mieux écouté que l'arrêt des naissances chez les Gourmantché.

3) Préciser le rôle que doivent jouer les différentes structures sanitaires en matière de planification familiale dans les autres zones rurales du Burkina (les Postes de Santé Primaires semblent constituer un atout important selon notre enquête).

4) Identifier les contraceptifs les mieux adaptés au milieu rural par une enquête dans les autres zones rurales (il semble que les contraceptifs injectables soient mieux indiqués selon notre étude).

5) Repérer les meilleurs circuits d'approvisionnement et de distribution des contraceptifs dans les zones rurales.

6) Déterminer la place et le rôle que doivent jouer les médias burkinabè dans le domaine de la planification familiale.

7) Identifier les groupes les plus favorables à la planification familiale (les jeunes de moins de 30 ans semblent plus favorables aux méthodes contraceptives modernes).

8) Créer une unité de recherche en Santé Maternelle et Infantile à l'O.C.C.G.E (organisme dont le BURKINA abrite le siège), ou à la D.S.F(appui des organismes comme l'U.S. A.I.D, le F.N.U.A.P,

l'U.N.I.C.E.F, le C.I.E, l'A.C.D.I). Celle-ci pourrait s'occuper de la planification familiale et de la mortalité maternelle et infantile.

6.2.2 Organiser

La connaissance de certains facteurs déterminants en matière de contraception nous permettra de mieux nous organiser.

1) Comité villageois de planification familiale : l'existence de cellule de santé villageoise et de groupements de jeunes et d'anciens ainsi que des femmes, peut contribuer à mieux sensibiliser les gens. La création de Comité villageois pour la planification familiale peut contribuer à sensibiliser, de manière plus efficace les populations rurales.
Le rôle de ce comité pourrait être d'organiser des séances de projections audiovisuelles en collaboration avec la direction provinciale de la santé (il semble que chaque province soit dotée d'un équipement mobile audiovisuel). Mais les discussions doivent être menées entre des individus du même groupe d'âge (les jeunes entre eux, les vieux entre eux).
L'acquisition d'un poste radio par chaque comité villageois peut contribuer positivement à la sensibilisation des populations rurales avec l'organisation de séances d'écoute collectives.

2) Approvisionner les postes de santé primaire en contraceptifs

Ils doivent :
- répondre à la demande;
- être disponibles ;
- être accessibles.

Pour l'instant, seuls les contraceptifs oraux et locaux peuvent être introduits dans les zones rurales.
Il faut surtout éviter de créer une demande qu'on est pas à mesure de satisfaire à long terme.

Les contraceptifs injectables à effet retard qui semblent répondre mieux au milieu rural, doivent être l'objet d'une étude préalable avant leur généralisation (créer un fichier national de suivi des femmes sous contraceptifs injectables). Ils nécessitent un personnel qualifié qui n'est disponible qu'au niveau des centres médicaux.

3) Améliorer l'environnement socio-économique

Le secteur socio-économique à un impact sur l'attitude des gens vis-à-vis de la planification familiale. Il faut donc favoriser toutes les initiatives visant à améliorer les conditions de vie dans les zones rurales en :

- poursuivant l'alphabétisation en langue nationale qui peut contribuer à mieux sensibiliser les populations rurales ;
- facilitant l'accès à un plus grand nombre d'enfants à l'éducation, surtout pour les filles. On pourrait stimuler l'envoi des filles à l'école par une politique prenant en charge, leurs frais de scolarité, au moins dans certaines zones rurales où le taux d'alphabétisation des filles est très faible) ;
- construisant et en équipant des dispensaires qui pourront contribuer à diminuer la mortalité infantile. La survie des enfants pourra diminuer la nécessité d'une descendance nombreuse ;
- créant dans chaque province un service de planification familiale doté du matériel adéquat pour toutes ses activités (c'est la solution idéale) ;
- améliorant le revenu du paysan par la modernisation de l'agriculture. Cela lui permettra de mieux supporter les charges financières de la contraception.

6.2.3 Former

1) Au niveau de l'Institut Pédagogique du Burkina et l'Institut National des Sciences de l'Education, des réflexions doivent être menées conjointement sur la formation des enseignants et sur la place que doit jouer l'éducation dans la sensibilisation pour la maîtrise de la fécondité.

2) La formation des enseignants du primaire et du secondaire
Les instituteurs doivent avoir des notions en planification familiale et en éducation sexuelle.
Quant aux enseignants du secondaire, leur formation est déjà un acquis car l'éducation en matière de population a été incluse dans les programmes scolaires.

3) La formation des agents de santé

a) Les agents de première ligne (l'accoucheuse villageoise et l'agent de santé villageois) : *ils sont d'un très grand apport dans le domaine de la sensibilisation du fait d'être issus de ce milieu dont ils connaissent bien les coutumes.*

Ils doivent recevoir la formation minimale nécessaire en matière de planification familiale (stage de formation).
Ils doivent apprendre à se servir des moyens audiovisuels (flanellogramme) pour rendre plus compréhensives les séances d'éducation pour la santé.
L'usage des contraceptifs oraux doit être parfaitement connu.

b) **Les infirmiers et les sage-femmes** (responsables de dispensaires ou de maternités). Ils sont les superviseurs des agents de première ligne. Ils doivent donc recevoir la formation nécessaire en matière de contraception et d'éducation sexuelle. Déjà les programmes de formation des écoles professionnelles de santé englobent la planification familiale. Ils doivent superviser toutes les activités des agents de première ligne (surtout les prescriptions de contraceptifs oraux).

6.2.4 Informer

1) Organiser des journées de réflexion sur la planification familiale regroupant toutes les catégories des couches sociales (intellectuels, paysans, organisations religieuses) en vue de définir la contribution de tout un chacun à la sensibilisation sur la planification familiale. La contribution des organisations existantes au Burkina, (**UNAB, UNJB, UFB** et **UNPB**) peut être déterminante dans la sensibilisation des populations rurales. Les anciens jouissant d'une certaine notoriété auprès des jeunes (plus réceptifs aux innovations) peuvent contribuer à la réussite d'une politique de planification familiale par la sensibilisation.

2) Au niveau des médias (surtout la radio), la sensibilisation peut se faire en permanence. **Elle sera facilitée avec la création d'antennes régionales de radio émettant en langue nationale.**

3) Organiser des séminaires de réflexions au niveau du ministère de l'alphabétisation et de l'enseignement de base sur la diffusion de brochures contenant des conseils pratiques en matière de planification familiale (des brochures existent déjà et sont éditées par les missions chrétiennes, en gulmancema dans la Tapoa).

4) Au niveau des écoles primaires
L'activité à la base doit consister en une sensibilisation sur les problèmes de fécondité.

La jeunesse étant le groupe le plus favorable à la planification familiale, il est souhaitable de sensibiliser les écoliers très tôt mais de façon progressive.
Cette sensibilisation peut se faire :

- soit par des textes de lecture traitant de la fécondité. Des passages de lecture peuvent évoquer, par des illustrations, les méfaits de la fécondité excessive (par exemple illustrer les problèmes d'un père de famille à nombreux enfants face à l'achat des fournitures scolaires par rapport à un autre père à famille peu nombreuse) ;
- soit par des chants et des récitations sur les bienfaits de la planification familiale, les difficultés inhérentes aux familles nombreuses. Voici l'exemple d'une chanson composée par un maître d'école primaire et exécutée par la chorale de la dite école au KENYA :

"Parents, si vous avez dix enfants,
Il y en a deux qui feront ceci,
Trois qui feront cela,
Et quatre le reste...
Un seul fera ce que vous voudrez.

Aujourd'hui, la vie est chère,
Si vous avez beaucoup d'enfants,
Comment les habiller, comment les nourrir ?
Dieu vous a donné la capacité
Et beaucoup de volonté
Avec votre volonté, planifiez votre famille..."
(AFRICA LINK, 1988)

On pourra vérifier l'impact de cette sensibilisation sur l'opinion des jeunes vis-à-vis de la planification familiale par des enquêtes répétées au fur et à mesure que l'élève progresse dans ses études. Par exemple, demander la taille de la famille idéale à un élève du Cours Elémentaire deuxième année, et le lui demander au cours moyen deuxième année (2 ans plus tard).

5) <u>Au niveau des jeunes et adultes du village</u>

La sensibilisation débutée à l'école primaire diffusera au niveau du village : les élèves au cours des débats avec leurs camarades non scolarisés aborderont ce thème.
Les théatres-forum traitant de la planification familiale, conçus et joués par les élèves du primaire, peuvent contribuer à la sensibilisation au niveau du village. En effet, lors des fêtes de fin d'année scolaire, beaucoup de parents d'élèves y participent. Cela peut être une occasion de les sensibiliser par des saynètes

jouées par leurs enfants et traitant de la planification des naissances.

6) Au niveau des écoles secondaires

Déjà au niveau du 2ème cycle, le programme comporte l'éducation en matière de population . Mais son extension aux classes du premier cycle s'impose du fait que l'éducation sexuelle et la planification familiale sont les premiers besoins exprimés par les élèves en matière d'éducation pour la santé dans 14 provinces rurales du Burkina (CANONNE F. 1989). Cela est d'autant nécessaire que cette population scolarisée est appelée à avoir des responsabilités dans la vie communautaire.

7) Information sur l'allaitement

L'allaitement qui constitue la meilleure source d'alimentation du nourrisson doit aussi être conforté dans les zones rurales pour son rôle contraceptif.

CONCLUSION

La planification familiale est une nécessité pour nos populations rurales.
L'élaboration des programmes de planification familiale est une préoccupation importante. Mais leur succès nécessite l'adaptation de ces programmes aux populations rurales concernées.
L'une des causes du non succès de ces programmes en zone rurale est nous-mêmes, les intellectuels et les professionnels de la santé, initiateurs de ces programmes.
D'après le zaïrois **MIATUDILA ; "ce qui bloque nos programmes de planification familiale, c'est souvent notre complexe de supériorité, notre tendance à vouloir tout faire par nous-mêmes, notre impatience, notre ignorance ou notre négligence des coutumes" (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1985).**

En effet, quel préjugé n'avons nous pas sur les populations rurales : **"pro-natalistes", "ignorantes", "arriérées"** ; alors que nous en sommes issus. Quand nous travaillons avec elles pour les aider à résoudre leurs problèmes, les difficultés et les obstacles sont bien moindre que lorsqu'ils s'agit d'experts étrangers. Actuellement, elles utilisent les méthodes traditionnelles parce qu'elles leurs sont connues et accessibles et qu'elles n'ont pas de méthodes plus efficaces à leur portée.
Bien sûr, les temps ont changé et il n'est plus question de maintenir des coutumes envers et contre tout. Mais en matière de sensibilisation rurale aux méthodes modernes de planification familiale, nous devons faire attention de **"NE PAS JETER, EN MEME TEMPS QUE L'EAU DU BAIN, L'ENFANT LAVE" (Proverbe gourmantché).**

Armés de patience et de courage, nous pourrons amener les populations rurales à accepter les méthodes modernes de contraception. Ainsi, nous aurons contribué à apporter notre contribution à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant dans les zones rurales du Burkina en particulier et dans les pays en developpement en général.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

ENQUETE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN MILIEU RURAL GOURMANTCHE

Date de l'entrevue . . . . . .Nom de l'Enquêteur . . . . . .

Durée de l'entrevue . . . . . Lieu de l'entrevue . . . . . .

Codé par . . . . . Le . . . . . Saisie par . . . . . Le . . . . .

Nom . . . . . Prénom . . . . . .

1 Age . . . . . 2 Sexe . . . . 3 Religion . . . . . .

4 Situation matrimoniale . . . . . 5 Age au 1er mariage . . . . . .

6 Alphabétisé(e) : Gulm Franç Autre Non

7 Nombre d'épouses du mari . . . . 8F Age du mari . . . . .9F Rang d'épouse . .

10 Le dernier enfant est-il arrivé au bon moment ? oui non autre

11F Etes-vous enceinte en ce moment ?. . . . 12F Age de la grossesse . . . . .

13F Grossesse désirée ? oui non pourquoi ? . . . . . .

14 Durée de l'allaitement d'un enfant . . . . . .

15F Combien de mois après la dernière naissance avez-vous eu vos règles ?. . . .

16 Souhaiteriez-vous avoir d'autres enfants ? Oui non autre si oui, combien

17 Que faites vous dans ce sens ? . . . . . .

18a Quel est à votre avis le bon intervalle entre 2 naissances ? . . . . . .

18b Faites-vous quelque chose pour respecter cet intervalle ? oui non autre

19 Taille idéale de la famille . . . . . .

20 Après une naissance, temps mis avant d'avoir des rapports sexuels ?. . . . .

21 Existe-t-il des problèmes de grossesses rapprochées dans votre foyer ? oui non

22 Si oui : avez-vous des moyens de lutter contre cela ? oui non autre

23 Il existe des moyens permettant d'avoir les enfants au moment désiré.
Les connaissez-vous ? oui non autre Si oui lesquels

24 Je vais vous énumérer certains moyens de contraception :

MOYENS	Le connaît	L'a utilisé	l'utilise	cité Q.23
Pilule				
Piqûre				
Stérilet				
Douche vaginale				
Capote				
Continence périodique				
Retrait				
Spermicides				
Autres				
traditionnelles				

25 N'a jamais utilisé des moyens modernes 25-1 . Pourquoi ?

25-2 - Pensez-vous l'utiliser un jour ? oui non Pourquoi ? . . . . . .

25-3 Si votre(vos) conjoint(es) désire(nt) utiliser maintenant la contraception accepteriez-vous ? oui non autre Pourquoi ?. . . . . .

26M En utilise et Polygame : Toutes vos épouses en utilisent-elles ?

oui non Pourquoi ? . . . . . .

27 A utilisé mais n'utilise plus :

27-1 Dernière méthode que vous avez utilisée ?. . .. .

27-2 Pourquoi avez-vous cessé d'en utiliser ?. . . . . .

27-3 Pensez-vous utiliser la contraception de nouveau dans l'avenir ?
oui non pourquoi

28 Dans quelles circonstances avez-vous fréquentés les dispensaires, maternités?. . . . . .

29 De qui tenez-vous vos informations sur la contraception ? . . . . . .

30 Quelle est, à votre avis, la meilleure source d'information sur la contraception ?

SOURCE	Bonne = 1	Pas Bonne = 2	NSP = 9
Infirmier			
Accoucheuse villageoise			
Agent de santé villageois			
Instituteur du village			
Famille - Amis			
Livre en Gulmancema			
Comité Révolutionnaire			
Radio			

31A Aimeriez-vous que les PSP ou dispensaire-Maternité vous informent sur les moyens de retarder la venue d'un enfant ? oui non autre
Pourquoi ? . . . . . .

31B Idem conjoint ? oui non autre Pourquoi ? . . . . . .

32A Aimeriez-vous que les PSP ou Dispensaire-Maternité vous informent sur les moyens de ne plus avoir d'enfants quand vous le désirerez ?
Oui Non Autre

32B Idem conjoint ? oui non autre

33 Aimeriez-vous qu'on informe de ces méthodes vos enfants ? oui non
Pourquoi ?. . . . . .

34 Que pensez-vous des services rendus par les dispensaires-maternités ?

35 Que proposez-vous pour améliorer les services de ces dispensaires-maternités ?

36 Que pensez-vous de la planification familiale ?

37 Que proposez-vous pour que beaucoup de jeunes filles et de femmes utilisent la cont
?

38 Que proposez-vous pour que beaucoup d'hommes accepte la contraception pou
épouse(s) et eux-mêmes ?

39 Etes-vous prêts à acheter des contraceptifs
s'ils sont disponibles dans votre village ? oui non

40 La religion est-elle opposée à la contraception ? oui non

41 La contraception favorise-t-elle l'adultère ? oui non

42 Que pensez-vous de cet entretien ?

histoire génésique

rang	nom de l'enfant	Age	Sexe	devenir			age au deces	avortem. nb de mois	école	inter valle précé	mari		observations
				viv	avt	dcd					actuel	antér	

- **DES ABREVIATIONS**

A.B.B.E.F : Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial.

A.C.D.I : Agence Canadienne pour le Developpement International.

C.D.C : Centre pour le Contrôle des Maladies Tansmissibles (Center for Disease Control).

C.R.E.N : Centre de Récupération Nutritionnelle.

D.S.F : Direction de la Santé de la Famille.

D.S.M.E : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

E.m.P : Education en Matière de Population.

F.N.U.A.P : Fonds des Nations-Unies en matière de Population.

I.N.S.D : Institut National des Statistiques et de la Démographie

M.S.A.S : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

O.N.B.A.H.A : Office National des Barrages et de l'Aménagement Hydro-Agricole

O.R.S.T.O.M : Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération.

S.M.I/P.F : Santé Maternelle et Infantile / Planification Familiale.

U.F.B : Union des Femmes du Burkina.

U.N.A.B : Union Nationale des Anciens du Burkina

U.N.J.B : Union Nationale des Jeunes du Burkina.

U.N.P.B : Union Nationale des Paysans du Burkina.

U.S-A.I.D : Aide Internationale au Developpement des Etats-Unis.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AFRICA LINK 1988. - Communication sur la planification familiale. Vol. 2, N° 1. Région Afrique. 27 p.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (A.G.I.), 1984. - Perspectives internationales du Planning Familial. N° spécial de la conférence internationale sur la population. New-York. 66 p.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (A.G.I.),1985. - Perspectives internationales de Planning familial. N° spécial. New-York. 65 p.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (A.G.I.), 1986. -International Family Planning Perspectives. Spécial Issue : Birthspacing. Vol. 12, N° 3, New-York, pp.79, 90.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (A.G.I.), 1987. - International Family Planning Perspectives. Formule Education and fertility : Evidence from the WES. Vol. 13, N° 2, New-York, pp. 46, 51, 60.

BAKUTUWIDI M., NIWENDO K.L. et al. 1985. - Planification Familiale, Fécondité et Santé Familiale au Zaïre 1982-1984. I.N.S.D. Zaïre. 210 p.

BARWANGA K.,1974. - La jeunesse et le problème des naissances désirables. Quelques informations sur les attitudes de la jeunesse en face de la sexualité. N° 11 - Zaïre.

BARZELATTO (1987). - Famille et vie sexuelle. Santé du monde.

BERTHET E., FICASTRE C. et al., 1976. - Santé de la famille et de la communauté - Edition Saint Paul. Paris, pp. 54-55 ; 57-59.

BLACK Maggie, 1987. - La contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Conférence de Nairobi - Population Council. New-York. 45 p.

BONNET D., 1984. - Occultations, Omissions : Quelques problèmes soulevés par l'enquête quantitative en matière de santé. Medicus Mundi Ouagadougou. Vol. 1, 16 p.

BONNET D., 1988. - Corps biologique, corps social - Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi. BURKINA FASO. ORSTOM. 138 p.

CANONNE, 1989. - Rapport de stage des étudiants de 6ème année de l'ESSSA dans 14 provinces du Burkina Faso. Ouagadougou.

CARTRY C. 1977. - "L'Etranger" ou l'enfant Gourmantché de la naissance au sevrage. E.H.E.S.S. Paris. P. 31-68.

CARTRY M., 1966. - Clans, Lignages et Groupements Familiaux chez les Gourmantché de la région de Diapaga. L'Homme - Revue Française d'anthropologie. 6, N° 2, pp. 53-81.

CASTLE W M.,1978. -Efficacity and acceptability of injectable medroxy-progesterone African medical journal .53p.-

C.D.C. 1987. - Planification familiale : Méthodes et Pratiques pour l'Afrique Atlanta. 334 p.

C.I.E. 1978. Santé et Planification Familiale - Bibliographies - Références. Paris.

COMLAN A.A. QUENUM : Comment préparer un mémoire ou une thèse dans les institutions des sciences de la santé en Afrique. 25 p.

CYNTHIA G., 1979.- Stérilisation volontaire : principale méthode mondiale de la contraception. Population Reports. N° 2, série M. pp. M-1, M-2, M-3, M-4, M-5.

DALSIMER A., PIOTTROW et al. 1974.- Le préservatif, une méthode ancienne qui répond à un besoin nouveau de la société. Population Reports. N° 3, série L. pp. L-1, L-2, L-3.

DUBOZ P. 1979.- Etude Démographique de la ville de Brazzaville (1974/77). ORSTOM - pp. 135-136.

DOROZYNSKI A., 1975.- Médecine sans Médecins - Edition Microfiche Ottawa.

D.S.M.E. 1986a.- Plan d'action en matière de Planification Familiale : Rapport des journées de concertation 15-16 Mai. Ouagadougou. 8 p.

D.S.M.E. 1987b.- Intégration de la Planification Familiale au niveau des services de santé de la ville de Ouagadougou.29 p.

DUMOULIN J., 983. - Les techniques de Planification de la santé : comment progresser ; Sciences Sociales et Santé. N° 3 et 4. pp. 42-73.

Eco. Monde. Afrique. 1986.- "La famille Africaïne".Peuples. Vol. 13. N° 3. pp.2-24.

EmP 1985. - Enquête sur l'expérience d'éducation sexuelle au Burkina Faso 84-85. Ministère de l'Education Nationale. Ouagadougou, 75 p.

EmP, 1986.- L'expérimentation de l'éducation sexuelle au Burkina Faso. Ministère de l'Education Nationale. Ouagadougou. 72 p.

FASSIN D., JEANNE E., et al., 1986.- Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal). Sciences sociales et santé. Vol. 4, N° 3-4 - pp. 206-221.

F.N.U.A.P., 1989. -Population - Bulletin - New-York. Vol. 15 : N° 2, pp 1, 3.

FRIEDMAN L., HERBERT K.G., 1983.- Aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents. Comment planifier la

recherche sur les services de santé. OMS N° 77. Genève. P.53.

FRITZ M.T., MANCIAUX M. et al., 1984.- Santé de la mère et de l'enfant. Flammarion-Médecine Sciences- Paris. pp.431-444.

GOLBERG.A.,1981 Enquête sénégalaise sur la fécondité .Séminaire de présentation et de vulgarisation des résultats Dakar ,Sénégal

HAGAMAN B., 1985.- Le rapport entre le statut social et économique et la fécondité dans le Sud-Ouest du Burkina Faso, Pays Lobi. U.S-.A.I.D Ouagadougou, 148 p.

IMPACT Projet, 1986.- Le planning familial sauve des vies. The Population Reference Bureau. New-York, pp. 5-6, 8.

I.N.S.D., 1987.- Annuaire statistique du Burkina Faso - Ministère du plan et de la Coopération. Ouagadougou. pp. 27, 55, 61-72.

I.N.S.D., 1984.- Fécondité des femmes voltaïques - Niveaux, schémas, évolution et quelques aspects différentiels. Ministère du plan et de la Coopération - Ouagadougou. pp. 24, 69, 91-92.

JOHNS HOPKINS, University et A.M.P.P.F., 1986.- "Ce que les Maliens disent à propos du planning familial". (Résultats des interviews de groupe). 48 p.

KATY A. et al., 1986.- enquête sur la fécondité et sur le planning familial. Populations Reports. N° 8, Série M., Baltimore pp. M-, M-2; M-3.

KOLS L., WAWER J., et al., 1983.- La santé et le Planning familial à base communautaire. Population Reports. N° 3, Série L. Baltimore. pp. L-2, L-3.

LANKOANDE J., 1964.- Le mariage - Droit Privé ENAM. Ouagadougou. 2 p.

LEWIN B., Education et enseignement du planning familial à l'intention des jeunes. Rapport sur une étude de l'OMS. Bureau Régional Copenhague. pp. 105-109.

LISKIN L., GORDON F., 1982. - Continence périodique. Population Reports. N° 3. Série E. Baltimore. pp. I-1 I-4.

LISKIN L., RUTLEGE M., 1985.- Après la contraception, dissiper les rumeurs sur la fécondité. Population Reports. N° 28, Série J. Baltimore pp. J-a à J3.

LITTLE MUNSON.M.,1977.-Fertility and education in UPPER VOLTA ,Nations-Unies ,New-York .pp 147-172 .

LOIS E., CYNTHIA G., 1977.- Guide des sources d'assistance dans le domaine du Planning familial. Population Reports. N° 15. Série J. Baltimore. pp. J-1 à J-3.

LUTZ W., BOBARD F., et al., 1986 a .- Planification et organisation des enquêtes sur la santé. Vol.1. Ecole Nationale de Santé Publique - RENNES. 131 p.

LUTZ W., BOBARD F. et al., 1986 b.- Comment former des échantillons d'individus de ménages, de zones pour l'étude des problèmes de santé de la collectivité. Vol. 2 Ecole Nationale de santé publique - RENNES. 109 p.

LUTZ W., BOBARD F. et al., 1986 c.- Utilisation de l'information disponible. Vol. 3. Ecole nationale de santé publique - RENNES. 79 p.

LUTS W., RUFF J., et al., 1986 d .- Elaboration d'un questionnaire. Vol. 4. Ecole nationale de santé publique - RENNES. 134 p.

LUTS W., RUFF J., et al., 1986 e.- Techniques d'entretien et enregistrement des réponses. Vol. 5. Ecole Nationale de Santé Publique - RENNES. 103 p.

MAINE D., REVSON J.E., 1981.- Le Planning familial : son effet sur la santé de la femme et de l'enfant. Columbia University - New-York. 56 p.

MAINE D., Mc NAMARA R., et al., 1985.- Birth spacing and child survival. Columbia University - New-York. 27 p.

MANGAY A.M., PIEURKI H., 1983.- Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays : Etude de cas sur leur formation et leur utilisation. OMS-Genève. pp. 186-197.

MANGAY M.A., JOHN S., 1987.- Possibilités offertes par l'accoucheuse traditionnelle. OFFSET. N° 95 - OMS-Genèse. 117 p.

Ministère de l'Education Nationale., 1987.- RAABO N° AN IV 244/EDUC/IPB portant introduction de l'éducation en matière de population (EMP) dans l'enseignement formel au Burkina Faso. Ouagadougou.

Ministère de la santé. - Programmation Sanitaire Nationale (1980-1990) - Ouagadougou. Burkina Faso.

Ministère de la santé, COLUMBIA University, 1986.- "Consolidation des services de prestation sanitaire en direction de la famille au Burkina Faso". Projet de recherche opérationnelle - Ouagadougou - 96 p.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 1987.- (MS-AS).- Situation des activités de planification familiale du ministère de la santé. Ouagadougou, 14 p.

Ministère de la Santé et de Action Sociale, 1988 a (MS-AS).- KOEGA N° AN V 904/FP/SAN-AS/SG/DSME du 15 Février 1988 portant sur la planification familiale. Ouagadougou.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 1988 b (MS-AS).- Statistiques sanitaires - Rapport annuel 1986. Ouagadougou, 102 p.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 1988 c (MS-AS).- Opération un village un Poste de Santé Primaire - Rapport de suivi. Ouagadougou.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MS-AS).- La Direction de la santé de la mère et de l'enfant : Historique de sa création. Ouagadougou. 8 p.

Ministère de la santé, 1986. - Promotion de la participation communautaire dans un programme de soins de santé primaire en milieu rural. Projet BOUAFFLE - Côte-d'Ivoire. 23 p.

MORTON R.F., HEBEL J.R., 1983. - Epidémiologie et Biostatistiques - Une introduction Programmée. Doin Editeurs - Paris. 201 p.

Nations-Unies 1984. - Population et développement en Haute-Volta. New-York. pp. 100-131.

OMS - FISE, 1978. - Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. ALMA-ATA. Vol. 1. pp. 2-6.

OMS, 1982.- Allaitement maternel et Fécondité : Méthodologie simplifiée pour calculer sur une base communautaire et en fonction du mode d'allaitement, la proportion des mères exposées au risque de conception. Genève - 29 p.

OMS, 1986. - Prestations obstétricales essentielles au premier niveau de recours. Rapport d'un groupe technique - Genève 23-27 juin. pp. 5-17.

OMS et C.I.E., 1986. - Guide pour la formation aux aspects psycho-sociaux de la Planification familiale - Paris. pp. 27-28.

OMS, 1987 a. - Maternités sans risques. Nairobi - Février 1987. Dossier Information. Santé de la famille. Genève - n.p.

OMS,1987 b. - Amélioration de la santé par la Planification familiale. Recommandation de la Conférence de Nairobi. pp. 2, 4-5.

OMS, 1988. - Faites de cette naissance un heureux événement. Journée Internationale des Infirmiers. I.N.C. Genève. n.p.

POPULATION CRISIS COMMITTEE, 1987. Population. N° 19. Washington DC. n.p.

POPULATION CRISIS COMMITTEE, 1988. Population N° 20. Washington DC. 10 p.

POPULATION REPORTS, 1980. -L'âge au mariage et la Fécondité. Série M. N° 4. Baltimore : pp. 41-54.

POPULATION REPORTS, 1981. - Complications de l'avortement dans les pays en développement. Série F, N° 7. Baltimore. pp. 44-45.

POPULATION REPORTS, 1982 a. - Les contraceptifs oraux pendant les années 80. Série A, N° 6. Baltimore. pp. 1-30.

POPULATION REPORTS, 1982 b. - Films pour Programmes de Planning Familial. Série J. N° 23. Baltimore. 35 p.

POPULATION REPORTS, 1982 c. - L'allaitement au sein, la fécondité et le planning familial. Série J., N° 24. Baltimore. 31 p.

POPULATION REPORTS, 1983. - Sources d'assistance internationale dans le domaine de la population et le planning familial. Série J., N° 26. Baltimore. 39 p.

POPULATION REPORTS, 1985 a. - Le planning familial améliore la santé de la mère et de l'enfant. Série J, N° 27. Baltimore. 47 p.

POPULATION REPORTS 1985 b. - L'influence des programmes de planning familial sur la fécondité. Série J, N° 29. Baltimore. 47 p.

POPULATION REPORTS, 1986 a. - Le marketing social des contraceptifs : les leçons de l'expérience. Série J, N° 30. Baltimore 47 p.

POPULATION REPORTS, 1986 b. - Radio-Spoeading the word on family planning. Série J, N° 32. Baltimore. pp. 854-884.

POPULATION REPORTS, 1987 a. - La recherche opérationnelle : leçons à tirer sur le plan des orientations et des programmes. Série J, N° 31. Baltimore. 45 P.

POPULATION REPORTS, 1987 b. - Le planning familial et la radio. Série J, N° 32. Baltimore. 39 p.

POPULATION REPORTS, 1987 c. - L'homme dans les programmes de planning familial nouvelles orientations. Série J, N° 33. Baltimore. 35 p.

POPULATION REPORTS, 1987 d. - L'Emploi et le planning familial. Série J, N° 34, Baltimore 34 p.

POPULATION REPORTS, 1988.- La contraception hormonale : nouvelles méthodes à effets retard. Série K, N° 3. Baltimore. pp. 18 - 27.

PRESIDENCE DU FASO, 1986.- Zatu N° AN IV-008/CNR/BF-SN portant adoption d'une politique de planification familiale au Burkina Faso. 24 Octobre - Ouagadougou.

RAMDE F., 1989. -Les avortements provoques clandestins,étude de cas observes à l'Hôpital Yalgado Ouedraogo,Thèse N° 8 .

RAVENHOLT R.T., BRACKETT J., et al., 1974. - Programmes de Planning familial - Bulletin Série J, N° 1.

SANKARA M., 1984.- Dynamique de population au Burkina Faso - Ouagadougou. pp 120-126 .

SHERIS J., SIDNEY H. et al., 1985. - Contraception vaginale : Eléments nouveaux. Populations Reports. N° 27, Série H. Baltimore. pp. 1-4.

SIEGEL S., 1956 .- Nonparametric statistics for the behavorrial siences - New-York . pp 96-104 .

SIMPSON M., PIOTTROW P., et al., 1980. - Les sages-femmes traditionnelles et le Planning familial. Population Reports. N° 22. Série J, Baltimore - pp. 1-3.

SOAMPA T., 1989. - Récit oral sur" La Société Gourmantché et la Fécondité".

SORE A., 1985. - Les ruptures utérines à la maternité de l'Hôpital Yalgado Ouédraogo à propos de 347 cas. Thèse de Médecine. Ouagadougou - 85 p.

SOUS-PREFECTURE de TAMBAGA., 1988. - Situation de la population dans le Département de TAMBAGA suite aux inondations d'Août 1988. Burkina Faso.

SYNAPSE, 1988. - N° 49. INFORMED SARL, Paris. P.5.

TAFFOREAU J., BOULOS R., 1986. - Acceptabilité du Dépoprovera en Haïti : Rapport du National Council. Washington. 12 p.

TSOU E., 1988. - Etude des obstacles liés à l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes fréquentant les services de la maternité principale et de la maternité de MVOLYE à YAOUNDE. Mémoire de soins infirmiers. 107 p.

UNICEF, 1984. - Femmes et Enfants du Burkina Faso. Gouvernement du Burkina Faso. Ouagadougou. 86 p.

UNICEF, 1986. - Analyse de la situation des enfants et des femmes au Burkina Faso. Gouvernement du Burkina Faso. Ouagadougou. 197 p.

U.S - A.I.D,1988 a. - Séminaire national de réflexion sur l'élaboration d'un plan d'action en matière de population au Burkina du 15 au 22 Décembre 1987 à Tenkodogo. Commission Technique. Ouagadougou - 265 p.

VAN BALEN et al., 1975., Méthodes d'espacement des naissances authentiques pour l'Afrique : l'Allaitement et l'abstinence post-partum. Afrique Médical N° 14. pp. 41-45.

VANSINTE J., NHUNG A.G., 1976. - Planification familiale ; manuel technique pour professionnels de santé. Downstate Medical Center - New-York. 161 p.

VAUGELADE J., 1985.- Principes Généraux des sondages. Application aux enquêtes de population. N° 8619. OCCGE - Burkina Faso - pp.89-99.

YERBANGA G., 1967. - La structure de la famille en pays Gourmantché. ENAM. Ouagadougou. 8 p.

YORO.,B.,1986.- Etudes des besoins en espacement des naissances des femmes-mères d'enfants de 0 à 2 ans ,consultant la P M I d'Adiopoume KM-17 , .COTE d'IVOIRE .

ZERBO S., 1988 a. - La TAPOA et ses réalités - SIDWAYA N° 1091. Ouagadougou. p.3.

ZERBO S., 1988 b. - La TAPOA et ses réalités. De grands espoirs en agriculture et en élevage. SIDWAYA N° 1092 - Ouagadougou - pp. 5-6.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque".