

autrepart

Revue de sciences sociales au Sud



**RÉGULATION DES NAISSANCES
ET SANTÉ SEXUELLE :
OÙ SONT LES HOMMES ?**

ISSN
1278-3986

ISBN
978-2-7246-3167-8

SODIS
727 012.3

Prix
25 €

Rédaction
IRD 32, rue Henri-Varagnat
93243 Bondy cedex

Couverture
Hémisphères et compagnie

Périodicité
Revue trimestrielle

© 2009
Presses de la Fondation nationale
des sciences politiques /IRD

Revue bénéficiant de la reconnaissance
scientifique du CNRS

Illustration de couverture :
Portrait de Umar ag Abdoussamed
avec son fils Mohamed, Niger, 1986

© IRD, Edmond Bernus

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (3, rue Hautefeuille, 75006 Paris).

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or any other means, electronic, mechanical, photocopying recording or otherwise, without prior permission of the publisher.



SciencesPo.
Les Presses

IRD
Éditions

Autrepart est une revue à comité de lecture coéditée par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et les Presses de Sciences Po. Son objectif est de promouvoir la réflexion sur la complexité et les dynamiques des sociétés du Sud, en mouvement permanent pour penser et redéfinir leur propre réalité. Ces sociétés font face à des changements économiques, sociaux, politiques, écologiques... Les phénomènes de mondialisation relativisent l'autonomie des États, les inégalités intra et internationales se creusent, des transformations majeures affectent tantôt les politiques des États, tantôt la nature même des institutions. Les réactions et les adaptations multiformes des sociétés du Sud à ces changements sont au cœur des interrogations de la revue.

Le caractère transversal des sujets abordés implique en général de rassembler des textes relevant des différentes disciplines des sciences sociales.

COMITÉ DE PARRAINAGE

Claude Bataillon, Jean Coussy, Alain Dubresson,
Françoise Héritier, Hervé Le Bras, Elikia M'Bokolo,
Laurence Tubiana

COMITÉ DE RÉDACTION

Isabelle Attané (INED)
Virginie Baby-Collin (Université de Provence)
Sylvie Bredeloup (IRD)
Carole Brugeilles (Université Paris X Nanterre)
René Collignon (CNRS)
Charlotte Guénard (Université Paris I-DIAL)
Christophe Z. Guilmoto (IRD)
Nolwen Henaff (IRD)
Marie-José Jolivet (IRD)
Jean-Yves Martin (IRD)
Évelyne Mesclier (IRD)
Pascale Phélinas (IRD)
Nicolas Puig (IRD)
Jean Ruffier (CNRS – Université de Lyon 3)
Jean-Fabien Steck (Université Paris X - Nanterre)

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Michel Laurent

DIRECTRICE DE LA RÉDACTION

Laurence Quinty

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Hadrien Pottier

Autrepart, sur le site de l'IRD
www.autrepart.ird.fr

Indexé dans / Indexed in

- INIST-CNRS
- INGENTA
- African Studies Centre, Leiden, www.ascleiden.nl/Library/

Sommaire

Régulation des naissances et santé sexuelle : Où sont les hommes ?

Éditeurs scientifiques : Armelle Andro, Annabel Desgrées du Loû

Armelle Andro, Annabel Desgrées du Loû : Introduction. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés.....	3
Séverine Carillon, Véronique Petit : La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes.	13
Julie Désalliers : Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ?.....	31
Cyril Desjeux : Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine	49
Agnès Guillaume, Susana Lerner : Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine	65
Fatoumata Ouattara, Bouma Fernand Bationo, Marc-Éric Gruénais : Pas de mère sans un « mari ». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso).....	81
Annick Tijou Traore : Conjointes et pères à l'égard de la prévention du VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire)	95
Joanna Orne-Gliemann : Quelle place pour les hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ?	113
 Note de lecture	
Céline Clément. 2009. <i>La mère et ses enfants : devenir adulte et transmissions intergénérationnelles</i> , Paris, L'Harmattan, Collection Populations.....	131
Tables des matières 2009	140
Liste des lecteurs 2009	143

Derniers numéros parus

- 2005 33 Inventer le patrimoine urbain dans les villes du Sud, *Galila El Kadi, Anne Ouallet et Dominique Couret*
34 Variations et Hommages
35 Les ONG à l'heure de la « bonne gouvernance », *Laëtitia Atlani-Duault*
36 Migrations entre les deux rives du Sahara, *Sylvie Bredeloup et Olivier Pliez*
- 2006 37 La migration des emplois vers le Sud, *Nolwen Henaff*
38 La globalisation de l'ethnicité, *Elisabeth Cunin*
39 Variations
40 Tourisme culturel, réseaux et recompositions sociales, *Anne Doquet et Sarah Le Menestrel*
41 On dirait le Sud..., *Philippe Gervais-Lambony et Frédéric Landy*
42 Variations
43 Prospérité des marchés, désarroi des travailleurs ?, *Laurent Bazin et Pascale Phélinas*
44 Risques et microfinance, *Eveline Baumann et Jean-Michel Servet*
- 2008 45 La ville face à ses marges, *Alexis Sierra et Jérôme Tadié*
46 Restructurations agricoles au Sud et à l'Est, *Alia Gana et Michel Streith*
47 Variations et dossier « dynamiques urbaines »
48 Les mondes post-communistes. Quels capitalismes ? Quelles sociétés ?, *Cécile Batisse et Monique Selim*
- 2009 49 La fabrique des identités sexuelles, *Christophe Broqua et Fred Eboko*
50 Les produits de terroir au service de la diversité biologique et culturelle ?, *Marie-Christine Cormier-Salem et Bernard Roussel*
51 Variations

La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés

Armelle Andro, Annabel Desgrées du Loû

La question de la place des seuls hommes dans la santé sexuelle et reproductive¹ a-t-elle du sens ? Pourquoi poser de façon spécifique cette question pour les hommes ? Bien évidemment, parce que, en matière de sexualité comme de procréation, les rôles des hommes et ceux des femmes ne sont pas symétriques, ni équivalents. Ce sont les femmes qui portent les grossesses et enfantent, mais les hommes n'en ont pas moins un rôle crucial à toutes les étapes des processus de la procréation : comme partenaires sexuels bien sûr, mais aussi comme détenteurs d'une large part du pouvoir de décision au sein de la sphère conjugale et familiale, comme détenteurs majoritaires du pouvoir politique et économique. De ce fait, dans ce domaine, les questions de genre (*i.e* les rapports sociaux de sexe) interfèrent immédiatement avec les questions de santé *stricto sensu*. Un des aspects majeurs de la domination masculine est en effet l'appropriation par les hommes du pouvoir de fécondité des femmes (Tabet, 1985 ; Héritier, 1996).

Depuis un demi-siècle, les politiques de gestion de la fécondité se sont développées massivement dans la plupart des pays du monde. Qu'elles aient été conçues dans une perspective de réduction de la croissance démographique peu attentive aux conséquences d'une telle volonté pour la vie des femmes ou, au contraire, sous-tendues par le souci de donner aux femmes la maîtrise de leur corps et de leur fécondité, ces politiques se sont exclusivement orientées vers les femmes. Pendant longtemps les cadres d'analyse et de prise en charge de la fécondité ont été axés sur les femmes : la fécondité et la régulation des naissances appartenaient au domaine de « la santé de la mère et de l'enfant », d'où les hommes étaient exclus. La sexualité était, quant à elle, rarement interrogée en tant qu'objet de recherche, et pas en tant qu'objet de programme de santé. Dans les années 1990,

1. On traite dans ce numéro de la santé sexuelle et reproductive dans sa définition communément utilisée en santé publique, c'est-à-dire sous l'angle de la prévention des risques. Les traitements des éventuelles maladies du système reproductif (cancers...) ou des troubles de la sexualité ne seront pas abordés ici.

deux éléments viennent considérablement bouleverser ce paysage : l'épidémie de sida, qui conduit la communauté internationale à mettre en place des études sur les comportements sexuels ; la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, au Caire en 1994, qui marque une rupture dans la manière d'aborder la fécondité et la régulation des naissances en introduisant le concept de *santé de la reproduction*. Quinze ans plus tard, que peut-on dire sur la prise en compte effective des hommes dans les études et les programmes en matière de sexualité et de santé reproductive ? Quelles sont aujourd'hui les questions qui demeurent ? Vouloir questionner la place des hommes dans ce domaine, n'est-ce pas programmer naïvement un retour en arrière, relégitimer le pouvoir des hommes sur la fécondité ? Derrière ces questions volontairement simplistes se dessine tout l'enjeu de la question posée dans ce numéro : où sont les hommes, dans la sphère sexuelle et reproductive ? Ils y participent étroitement, bien évidemment, mais dans quels domaines et comment sont-ils pris en compte ? À l'inverse, où et pourquoi ne sont-ils pas pris en compte ? Quels risques génèrent leur absence ? Quels risques génèrent leur présence ?

D'une déclaration de principe à une demi-visibilité

La *santé de la reproduction* mise en avant par la plate-forme d'action de la conférence du Caire de 1994 est la *possibilité pour tous, femmes et hommes, d'avoir une sexualité sans danger, de se reproduire ou non, en ayant le nombre d'enfants souhaités, au moment voulu, et ce, sans danger pour la mère et l'enfant* (Fathalla, 1992). Ce nouveau paradigme a permis de donner toute leur place aux droits en matière de sexualité et de reproduction dans l'édifice des droits humains, actant le principe du droit des individus de déterminer librement le nombre et le moment des naissances et d'avoir accès à l'information et aux services pour exercer ce droit. En proposant une approche plus globale de la sexualité et de la reproduction que celle qui prévalait dans le domaine dit « santé mère-enfant », l'approche en termes de *santé de la reproduction* implique depuis lors de concevoir la gestion de la sexualité et de la reproduction comme un phénomène complexe, dont les enjeux varient tout au long du cycle de vie des individus, qu'ils soient hommes ou femmes. Cette nouvelle approche a aussi et surtout permis d'inscrire le genre au cœur de la conception de ces questions en posant enfin le postulat que dans toutes les étapes des processus de reproduction, le rôle des hommes est irréfutable : dans la procréation, dans la sphère conjugale, dans la sphère familiale, et plus généralement comme bénéficiaires d'un statut de dominant au sein de systèmes de genre structurellement inégalitaires.

Près de quinze ans après Le Caire, force est cependant de constater que la place des hommes dans la *santé de la reproduction* reste difficile à définir bien que l'on soit face à deux dynamiques très différentes. Dans le domaine de la régulation des naissances, ils restent encore largement exclus des programmes de santé et peu étudiés dans le champ scientifique. Le colloque sur « le Rôle des hommes dans la santé de la reproduction » organisé en 1998 par l'Union pour

l'Étude Scientifique de la Population² reste l'un des seuls jalons tangibles dans les sciences de la population et peu de recherches spécifiquement consacrées aux hommes ont été mises en œuvre par la suite, particulièrement dans le champ des recherches francophones. Par contre, dans la sphère de la santé sexuelle, les hommes ont été et sont toujours mis au cœur des politiques de santé publique et des recherches appuyant leur élaboration. Ce paradoxe trouve ses sources dans l'historique de l'élaboration des cadres d'analyse scientifique de la fécondité d'une part et de la sexualité d'autre part.

L'absence des hommes dans l'étude de la fécondité

Les études abordant la reproduction du point de vue masculin existent initialement dans le champ de la démographie même si elles sont rares : en 1947, Karmel publiait dans la revue *Population Studies* un article sur les écarts entre les taux de reproduction masculine et féminine dans une population et sur les répercussions de ces écarts sur la mesure de la reproduction brute et nette de la population générale (Karmel, 1947). On trouve dans les grandes revues scientifiques de démographie quelques autres articles abordant la question (Brouard, 1977 ; Pison, 1982 ; Becker, 1996). Mais avec l'évolution des méthodes et des concepts de la discipline, le passage de la mesure des simples niveaux (calendrier, intensité) à l'analyse des processus reproductifs (projets, désir, etc.) a exclu quasi définitivement les hommes, conduisant à une collecte de données exclusivement auprès des femmes. Les postulats qui sous-tendent cette conception sont nombreux, à la fois théoriques et méthodologiques (Caselli, Vallin, 1999) :

Le premier est *le rôle prédominant de la femme dans le processus biologique de la reproduction* qui conduit à mesurer la fertilité d'un couple quasi exclusivement par les caractéristiques biologiques de la femme : celle-ci n'est fertile que durant quelques heures dans le cycle, la fertilité masculine étant a contrario continue ; les étapes de la reproduction se déroulent quasi exclusivement dans le corps des femmes ; enfin la vie reproductive des femmes est objectivement bornée par la ménopause, ce qui n'est pas le cas pour les hommes. Or tous ces arguments sont discutables : le niveau de fertilité des hommes est lui aussi variable, notamment en fonction de l'activité sexuelle ; l'étape essentielle de la conception est fortement dépendante des caractéristiques masculines (qualité du sperme, capacité de déplacement des spermatozoïdes, etc.) ; enfin, la notion d'andropause reste largement sous étudiée et les bornes de la vie reproductive des hommes sont mal connues mais cela ne signifie pas qu'elles n'existent pas (De La Rochebrochard, Thonneau, 2003). C'est ensuite *la pauvreté des données sur la fécondité des hommes* qui est avancée comme explication plus pragmatique. Pourtant c'est avant tout la sous exploitation des données disponibles qui saute aux yeux, car ces données existent dans les pays dont les sources administratives sont fiables.

2. Seminar on « Men, Family Formation and Reproduction », Buenos Aires, Argentina, p. 13-15 May 1998. Organised by the Committee on Gender and Population in collaboration with the Centro de Estudios de Poblacion-CENEP.

Néanmoins, on verra par la suite que les données collectées dans les enquêtes de fécondité sont effectivement lacunaires et ne permettent pas réellement d'appréhender la fécondité des hommes avec la même rigueur que celle des femmes. De même, *les difficultés méthodologiques soulevées par une approche intégrant les deux sexes* sont souvent évoquées pour exclure toute analyse de la reproduction tenant compte des hommes et des femmes. Or l'analyse de ces questions dans une perspective relationnelle peut pourtant être pensée et mise en œuvre grâce aux outils statistiques permettant d'appréhender des phénomènes complexes (Andro, Hertrich, 2001).

Globalement, quels que soient les contextes (Nord ou Sud, pays industrialisé ou en développement, pays à basse fécondité ou en cours de transition démographique), la collecte de données sur la fécondité relève pour une large part d'une même base idéologique et théorique : les données conduisant aux analyses traditionnelles de la reproduction sont individuelles et féminines. Le couple conjugal solidaire est traditionnellement considéré comme la clé de voûte de la reproduction ce qui conduit à considérer d'une part les déclarations de l'un des conjoints comme représentatives des deux et d'autre part, la femme plus à même de répondre aux questions dans ce domaine.

Menée dans les années 1970, la première vague d'enquêtes mondiales sur la fécondité a permis de développer, au-delà de la simple mesure des indicateurs de fécondité, les connaissances sur les déterminants de la fécondité. N'ayant interrogé que des femmes, les schémas explicatifs qu'elles ont permis de construire n'impliquaient donc que ces dernières. Par la suite, plusieurs programmes d'observation des questions de fécondité ont été conçus dans un cadre international (les « *Fertility and family surveys* » en Europe, les « *Demographic and Health Surveys* » dans les pays du Sud notamment). Ils ont permis la mise à disposition de banques de données standardisées et sans égales pour certains pays. Dans ces programmes d'enquêtes, les hommes ont été peu à peu intégrés dans les protocoles à partir des années 1980, alors que l'on prenait conscience de l'importance de ces derniers dans les décisions en matière de reproduction. Il s'agissait au départ surtout de connaître les opinions des maris des femmes interrogées avant d'évoluer vers des questionnaires s'adressant aux hommes en général. Cependant, le statut secondaire des hommes dans les études sur la reproduction est manifeste : tant dans l'évolution des types d'échantillon que dans le contenu des questionnaires, les hommes restent périphériques par rapport aux femmes.

À titre d'exemple, dans le programme d'enquête « *Demographic and Health Surveys* »³, entre 1986 et 1999, 48 des 104 enquêtes menées dans les pays en développement ont intégré un échantillon d'hommes. Pour les hommes, les critères d'inclusion dans les échantillons ne sont pas standardisés⁴ et sont, selon les cas, basés sur l'âge quel que soit le statut matrimonial ou, au contraire, basés sur le

3. Pour une présentation détaillée et l'accès à toutes les enquêtes, voir le site www.measure.dhs

4. Par contre les échantillons de femmes sont identiques dans toutes les enquêtes : toutes les femmes des ménages sélectionnés qui sont âgées de 15 à 49 ans sont interrogées.

statut matrimonial quel que soit l'âge. Certains échantillons ne contiennent donc que des hommes en union au moment de l'enquête alors que les autres sont constitués d'hommes de différents statuts matrimoniaux (mariés, célibataires, veufs, divorcés). Les limites d'âge sont variables : certains échantillons n'ont pas de limite d'âge supérieure, d'autres n'interrogent que les hommes de 15 à 59 ans. Par ailleurs, dans ces enquêtes *DHS*, les questionnaires destinés aux hommes sont beaucoup moins détaillés que ceux destinés aux femmes. Aucune information n'est collectée sur l'histoire génésique des hommes : leur fécondité est très mal mesurée puisqu'on ne connaît que le nombre total de leurs enfants sans plus de détail sur le calendrier des naissances, à la différence de ce qui est collecté pour les femmes. En ne recueillant pas leur trajectoire reproductive, on limite l'analyse aux intentions théoriques de fécondité des hommes sans considérer la constitution de la descendance masculine comme le résultat d'arbitrages entre des aspirations et des contraintes, comme c'est le cas pour les femmes. La place qui est accordée aux hommes dans l'étude de la reproduction reste donc ambiguë. Les hommes ne sont pas introduits dans les analyses comme porteurs de projets reproductifs et ils ne sont souvent appréhendés que comme un élément potentiellement perturbateur de projets de fécondité portés par les femmes (Green, Bidelcom, 2000). Ils restent confinés au rôle de partenaire sexuel, le principe d'un projet de fécondité porté par les hommes étant rarement exploité.

Leur omniprésence dans les enquêtes sur la sexualité

Au contraire, les hommes ont toujours été au cœur des analyses de la sexualité. Dès les premières recherches scientifiques visant à étudier la sexualité comme phénomène social, les comportements sexuels des hommes et la sexualité masculine ont structuré les concepts du domaine. Les contours de la définition des comportements sexuels dans les enquêtes ont évolué avec la modification des perspectives d'analyse et des enjeux sociaux autour de la sexualité (Giarni, 1991), notamment avec l'apparition de la pandémie du VIH. La place respective des hommes et des femmes dans le champ de l'étude de la sexualité a varié, mais sans réelle remise en cause de la place centrale des hommes.

Les premières enquêtes se sont construites dans un contexte dit de « libération sexuelle ». Elles aspiraient à rendre visible le vécu, la réalité de la sexualité. La perspective était alors celle d'une sexualité humaine générique, le sexe n'étant qu'une variable de différenciation presque comme les autres. Les enquêtes quantitatives fondatrices d'Alfred Kinsey qui ont abordé pour la première fois la sexualité sous l'angle du plaisir sexuel, ont produit une vision objectivée de la sexualité : dans une approche quasi éthologique, il propose à l'époque une description précise des pratiques sexuelles recensées dans la population américaine (Kinsey, 1948, 1953). La sexualité se décline alors, dans son analyse, dans les mêmes termes pour les deux sexes : en ne définissant pas de différence de nature entre le plaisir masculin et féminin mais en mettant en évidence une moindre efficacité des femmes dans le domaine, il développe une vision très androcentrée de la sexualité.

Par la suite, la perspective adoptée par l'enquête Simon réalisée en France (Simon, 1972) sera volontairement plus globale, visant à intégrer des dimensions plus sociales de la sexualité. La question du contrôle de la procréation à travers la contraception est au cœur du questionnement et la place des femmes y est donc plus importante. Mais la sexualité va alors être très largement circonscrite à la sexualité pénétrative vaginale autour de la notion de « rapport sexuel complet », seul susceptible d'être l'objet de stratégies contraceptives, les autres pratiques étant confinées au statut de préliminaires ou de pratiques annexes. L'approche est finalement plus centrée sur les femmes mais aussi sur la reproduction, signe de la volonté affichée par les concepteurs de favoriser leur éducation en matière de sexualité et de contraception.

Enfin, dans les approches les plus récentes qui se sont développées dans le contexte de l'émergence et de la généralisation de l'épidémie du sida, est apparue la notion de risque dans le domaine de la sexualité. Les enquêtes de sexualité se sont dès lors très majoritairement inscrites dans une perspective de santé publique et de mesure des pratiques sexuelles à des fins de prévention des risques (Cleland et Ferry, 1995). Si le risque de grossesse non désirée concerne le corps des femmes, le risque de contracter une infection sexuellement transmissible, y compris le VIH, concerne lui hommes et femmes. La sexualité des hommes est cependant particulièrement ciblée, d'une part parce que dans les pays du Nord une des voies majeures de transmission de l'épidémie est la sexualité entre hommes, d'autre part parce que dans les pays du Sud où la transmission du VIH est majoritairement hétérosexuelle, les rapports de genre inégaux ne permettent pas toujours aux femmes d'agir sur la prise de risque sexuel. Les hommes sont bien souvent perçus comme les dépositaires de la gestion des risques sexuels et les campagnes de prévention les ciblent particulièrement. Pourtant la situation n'est pas aussi manichéenne : des analyses récentes sur plusieurs pays africains remettent en question l'image omniprésente de l'homme infidèle qui « rapporte de l'extérieur » l'infection VIH qu'il transmet à sa femme, ou celle de la femme « victime » de son mari, impuissante à se protéger du VIH dans un cadre conjugal où le préservatif reste mal accepté. En fait, dans les pays fortement touchés par l'épidémie, la transmission du VIH est un risque de la sexualité conjugale pour les hommes comme pour les femmes : il existe environ autant de couples stables où la femme est infectée par le VIH et pas l'homme, que de situations contraires (De Walque, 2007).

Prendre en compte des hommes dans l'analyse des questions de reproduction : des enjeux « de genre »

Ainsi, si les hommes sont largement pris en compte en matière de santé sexuelle, c'est beaucoup moins le cas dans le domaine de la santé reproductive et de la régulation des naissances. L'approche individuelle et féminine de la reproduction adoptée classiquement dans l'analyse de la fécondité ne permet pas d'intégrer de manière systématique les interrelations sociales au sein desquelles se

constitue de la descendance. D'un point de vue opérationnel, cette exclusion des hommes conduit alors à des blocages dans l'amélioration des divers aspects de la santé reproductive. Le texte de Joanna Orne-Gliemann dans ce numéro sur la place des hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en est une bonne illustration.

S'il est nécessaire d'intégrer les hommes aux questionnements relatifs à la reproduction, il reste essentiel de saisir tous les enjeux sociaux qu'un tel processus produit et; cette première étape franchie, de définir les modalités de cette intégration. Inclure les hommes dans l'analyse de la reproduction doit se faire en tenant compte du rôle et du point de vue masculin sur la reproduction mais en veillant à ne pas verser dans une simple analogie avec les conditions de la reproduction pour les femmes. Deux éléments doivent être au centre du cadre conceptuel : (1) l'asymétrie du genre selon le sexe, c'est-à-dire le caractère universel de la domination masculine, sans pour autant considérer que tous les hommes sont dans les mêmes situations de pouvoir ; (2) le caractère relationnel des processus de la reproduction, qui ne s'inscrit cependant pas systématiquement dans des relations stables.

Prendre en compte la domination masculine

Il s'agit donc d'appréhender l'expérience sociale de la reproduction pour les hommes en partant du postulat de la domination masculine comme mécanisme institutionnel à l'œuvre dans toutes les sociétés. Deux types d'écueils, que l'on peut considérer comme opposés, doivent être dépassés : d'une part la simplification des positions masculines et d'autre part la symétrisation des expériences. Pour éviter le premier écueil, il est nécessaire de concevoir la domination masculine comme un mécanisme qui s'impose aussi, dans une certaine mesure, aux hommes et donc de mettre à jour les différents positionnements qu'occupent ces derniers dans les rapports de domination, en prenant en compte le contexte social dans lequel ils prennent place. Les rapports inter-générationnels et les rapports de classe doivent particulièrement être pris en compte, pour les hommes et pour les femmes. Dans les rapports entre générations notamment, entre aînés et cadets, la domination masculine impose aussi ses cadres normatifs, du moins pendant une période de la vie. Par l'injonction à la virilité et à l'hétérosexualité, la domination masculine insère aussi les hommes dans un univers de contraintes fortes sans être pour autant le symétrique de l'expérience de la domination par les femmes.

Le second écueil dit « de symétrisation » des expériences masculines et féminines renvoie à deux types de difficultés : soit en définissant les expériences de la sexualité et de la reproduction comme équivalentes pour les deux sexes, ce qui n'est concevable que dans le cadre de rapports égalitaires qui restent plus revendiqués que réalisés ; soit en les définissant comme étant un strict négatif l'une de l'autre (les uns dominant, les autres se subordonnent avec la même intensité), les expériences du rapport de domination vécues par les hommes et celles vécues par les femmes devenant alors équivalentes, les deux étant d'un certain point de vue

« dominés par la domination » (Mathieu, 1985). Or le vécu de la reproduction ne peut être le même pour les hommes et pour les femmes, non seulement parce que les femmes la vivent dans leur corps mais aussi parce qu'hommes et femmes n'ont pas le même accès au pouvoir social, familial, politique et économique. Il n'y a donc pas d'équivalence possible entre hommes et femmes sur ce sujet. L'hypothèse de symétrisation « négative » ne tient pas non plus car la domination masculine s'exerce, différemment mais néanmoins réellement, sur les hommes. Le rapport spécifique des hommes à la contraception est, à ce titre, inséré dans un univers de contraintes sociales, culturelles et économiques, déterminé par ces systèmes de genre asymétriques et inégalitaires, comme le montre ici le texte de Cyril Desjeux dans le cas de la France.

De la même façon, les femmes se font dans certains cas le relais des institutions qui les oppriment, et donc la domination masculine peut s'incarner dans les rapports entre femmes. Le phénomène des mutilations sexuelles féminines est de ce point de vue très symptomatique, comme le décrit bien dans ce numéro le texte de Séverine Carillon et Véronique Petit. On retrouve aussi cette intégration féminine des normes sociales dans le regard que peut porter le personnel de santé féminin sur les jeunes filles demandant une méthode contraceptive, ou sur les femmes qui viennent accoucher seules, sans s'inscrire dans une relation conjugale, comme le décrivent ici Fatoumata Ouattara *et al.* à partir de programmes de santé menés au Burkina Faso.

La place incontournable des relations

Une des clés d'analyse de ce qui se joue dans la sexualité, comme dans la procréation, est de replacer ces processus au sein des relations et des situations dans lesquels ils prennent place. L'acte sexuel, la pratique d'une contraception, les choix effectués autour de la grossesse mettent en jeu deux personnes et sont potentiellement le lieu de négociations. Le texte d'Annick Tijou Traore montre comment l'irruption du VIH dans un couple, en compliquant les choix à faire dans le domaine de la sexualité et de la procréation, rend le dialogue autour de ces choix encore plus nécessaire. Celui de Fatoumata Ouattara révèle des stratégies conjugales à l'œuvre dans la prise en charge financière de la grossesse, pour que l'homme puisse pleinement affirmer socialement sa responsabilité sur cette grossesse. Enfin celui de Julie Désalliers décrit comment l'avènement des contraceptifs hormonaux en milieu rural africain conduit en partie à faire « bouger les lignes » dans les rapports entre conjoints même si le poids des normes sociales contraint toujours fortement l'espace de négociation qui se développe dans la gestion de la reproduction.

Cette importance respective des deux partenaires dépasse le cadre conjugal classique au sens de « couple stable ». Dans les relations moins stables, il y a toujours deux partenaires en jeu, même sans projet commun. Se pose ici en particulier la question de la place de l'homme dans les interruptions de grossesse, bien souvent inexistante quand la grossesse survient dans une relation de courte durée. Agnès Guillaume et Suzanna Lerner examinent dans ce numéro le rôle accordé aux /pris par les/ hommes en Amérique Latine dans ce domaine.

Conclusion

Ce numéro n'a pas la prétention d'apporter une série exhaustive de réponses aux nombreuses questions soulevées autour de la place ou de l'absence de place accordée aux hommes dans les questions sexuelles et reproductives. Il propose des réflexions ou des recherches novatrices sur ce rôle des hommes dans la sphère sexuelle et reproductive, en mettant en perspective des situations observées dans des contextes géographiques et sociaux très différents, dans le domaine des violences sexuelles (Carillon et Petit), des choix contraceptifs (Désalliers, Desjeux), de l'avortement (Guillaume et Lerner), ou de la prise en charge de la grossesse (Ouattara *et al.*), et enfin dans le cas particulier de femmes qui ont à vivre sexualité et procréation en étant porteuses du VIH (Tijou-Traoré et Orne-Gliemann). Cette réflexion soulève de nombreux enjeux scientifiques mais aussi politiques et théoriques dans sa dimension biopolitique. Il est donc nécessaire de poursuivre la réflexion, en gardant à l'esprit les difficultés qu'elle recèle : penser la place des hommes dans la reproduction sans prendre le risque d'un retour du pouvoir masculin autocratique dans la sphère reproductive, qui s'opposerait à la liberté des femmes à disposer de leur corps.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRO A., HERTRICH V. [2001], « La demande de contraception au sein des couples au Sahel : les attentes des hommes rejoignent-elles celles de leurs épouses ? une comparaison Burkina Faso, Mali et Ghana », *Population*, n° 5, 50 p.
- BECKER S. [1996], « *Couples and reproductive health : a review of couple studies* », *Studies in Family Planning*, vol. 27, n° 6, p. 291-306.
- BROUARD N. [1977], « *Évolution de la fécondité masculine depuis le début du siècle* », *Population*, n° 6, p. 1123-1158.
- CASELLI G., VALLIN J., WUNSCH G. [2001], *Démographie : analyse et synthèse*, vol. 1, « La dynamique des populations », Paris, INED, 550 p.
- CLELAND J., FERRY B. (Eds) [1995], *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*, London, Taylor and Francis, 245 p.
- DE WALQUE D. [2007], « *Serodiscordant couples in five African countries : implications for prevention strategies* », *Population and Development Review*, vol. 33, n° 3, p. 501-523.
- DE LA ROCHEBROCHARD E., THONNEAU P. [2003], « Paternal age >= 40 years : an important risk factor for infertility », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 189, n° 4, p. 901-905
- FATHALLA M.F., SINDING S.W., ROSENFELD A., FATHALLA M.M. [2006], « Sexual and reproductive health for all : a call for action », *Lancet*, Dec 9, vol. 368, n° 9552, p. 2095-2100.
- FATHALLA M. [1992], *Reproductive health in the world : two decades of progress and the challenge ahead. Reproductive health : a key to a brighter future*, Biennial report 1990-91, Special 20th anniversary issue. J. Khanna, P. Van Look and P. Griffin, Geneva, WHO, p. 3-31.

- GIAMI A. [1991], « De Kinsey au sida. L'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives », *Sciences Sociales et Santé*, n° 4, p. 23-55.
- GREENE M.E., BIDDLECOM A.E. [2000], « *Absent and problematic men : Demographic accounts of male reproductive roles* », vol. 26, n° 1 (Mar 00), p. 81-115.
- HÉRITIER F. [1996], *Masculin/Féminin : la pensée de la différence*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- KARMEL P. [1947], « The relations between male and female reproduction rates », *Population Studies*, vol. 1, p. 249-274.
- KINSEY A. [1948], *Sexual behavior in the human male*, Philadelphia, W. B. Saunders C, vol. 1, 804 p.
- KINSEY A. [1953], *Sexual behavior in the human female*, Philadelphia, W. B. Saunders C, vol. 2, 842 p.
- MATHIEU N.C. [1985], « L'arrondissement des femmes : essais en anthropologie des sexes » *Cahier de l'Homme*, n° 24, Paris, EHESS, 251 p.
- PISON G. [1982], *Dynamique d'une population traditionnelle : les Peuls Bandé (Sénégal Oriental)*, Paris, INED, PUF (collection travaux et documents), 278 p.
- SIMON P. [1972], *Rapport Simon sur le comportement sexuel des français*.
- TABET P. [1985], « Fertilité naturelle, reproduction forcée », *Cahiers de l'homme*, n° 24, p. 61-146.

La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes

Séverine Carillon, Véronique Petit***

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) à Djibouti sont communément considérées comme une « affaire de femmes ». Elles relèguent ainsi dans la sphère féminine, à la fois la pratique des MGF et la lutte contre cette pratique. Les acteurs scientifiques, politiques et institutionnels (Ministères de la Promotion de la Femme, de la Santé, des Affaires religieuses, UNICEF, UNFPA) à l'initiative du mouvement anti-MGF ont repris à leur compte, telle une évidence, cette assertion. Or, si celle-ci n'est pas infondée, elle cultive néanmoins l'illusion d'un pouvoir donné aux femmes et suggère l'absence des hommes. Elle interroge donc à plusieurs niveaux.

Il est en effet surprenant de parler d'une affaire exclusivement féminine dans une société patriarcale où les hommes exercent autorité et pouvoir, où les femmes, dans un contexte de division sexuelle des activités très marqué, exercent des tâches peu ou pas valorisées et restent fréquemment cantonnées dans l'espace domestique.

Les hommes, dans la société djiboutienne, en tant que père et chef de famille, sont au cœur des décisions prises au sein de la cellule familiale. En outre, en tant qu'époux, ils accueillent leur femme à résidence ; en tant que père, ils prennent en charge le mariage de leurs filles. Ils organisent ainsi la circulation des femmes au sein de leur communauté. Ils ont le pouvoir de contrôler la sexualité et la fécondité des femmes. Or, la pratique des MGF, présentée comme un moyen de préservation de la chasteté des femmes par inhibition du désir sexuel, assure aux hommes la fidélité de leur femme et l'origine de leur progéniture. En garantissant la virginité des jeunes filles avant les noces, elle rend la femme éligible à un mariage. La prééminence des hommes dans le domaine de la sexualité et de la reproduction de leur lignée contraste largement avec leur absence dans le domaine des MGF.

* Doctorante en anthropologie, UMR CEPED – Université Paris Descartes – INED – IRD. sevcarillon@hotmail.com

** Maître de Conférences en démographie, UMR CEPED – Université Paris Descartes – INED – IRD. veronique.petit@ceped.org

Par ailleurs, on peut être surpris de voir les femmes revendiquer des pratiques illégales comme relevant exclusivement de la sphère féminine. En outre, les femmes savent, par expérience, que les MGF sont associées à la souffrance, voire à la mort. Ce processus de revendication et d'appropriation, de même que l'intériorisation d'une pratique liée à la violence et à l'illégalité, demande donc à être interrogé.

Enfin, dans le contexte actuel de changement social à Djibouti, auquel participent les campagnes de sensibilisation contre les MGF, le positionnement de chaque sexe demande à être déconstruit. Car derrière cette « *affaire de femmes* », se dissimule la question de l'efficacité de la politique de lutte contre les MGF axée sur les seules femmes. Est-il réaliste de concevoir un réel abandon de la pratique sans envisager un certain bouleversement de l'organisation sociale et des rapports de genre ?

Notre propos est donc de déconstruire, à l'aune des résultats d'une étude anthropologique, ladite « *affaire de femmes* », dans le but d'y mettre en exergue le rôle des hommes. Nous interrogerons les fondements et le sens que revêt l'absence apparente des hommes dans la mise en scène sociale des MGF. Nous tenterons ainsi de comprendre quels sont les ressorts socioculturels qui inscrivent la pratique des MGF dans les relations de genre et d'interroger les conséquences, en termes politiques, de cet agencement social particulier.

Le contexte de l'Étude

Les MGF à Djibouti : une forte prévalence en dépit d'une interdiction

Si les MGF sont interdites depuis 1995¹ à Djibouti, aucune sanction pénale n'a jamais été prononcée. La prévalence des MGF y est la plus élevée en Afrique de l'Est. En 2006, environ 93 % des femmes âgées de 15 à 49 ans déclaraient avoir subi une MGF [DISED, 2006]. Les mutilations génitales féminines recouvrent « *toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques* » [OMS, 2008]. À Djibouti, trois types de mutilations sont repérables : l'infibulation, forme la plus sévère et la plus fréquente (72,5 %), l'excision (14,7 %) et la « *Sunna* »², forme la plus légère (10,4 %) [DISED, 2002]. Le type de mutilation pratiqué varie selon les origines ethniques et le milieu de résidence des populations³. L'infibulation est essentiellement exercée chez les Somalis, sur des fillettes âgées de cinq à dix ans,

1. L'article 333 du Code Pénal stipule que « la violence imposée par les mutilations génitales est passible de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende d'un million de francs Djiboutiens ».

2. L'infibulation est le rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en cousant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris. L'excision désigne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres qui entourent le vagin. La sunna consiste en l'ablation du prépuce.

3. La presque totalité de la population étant musulmane, les différences selon l'appartenance religieuse ne sont pas perceptibles.

regroupées à cette occasion, tandis que la *sunna* et l'excision le sont parmi les populations Afars et Arabes⁴ qui l'effectuent sur les nouvelles nées⁵. L'infibulation est plus fréquente en milieu rural ; les pratiques plus légères le sont davantage en milieu urbain [PAPFAM, 2004].

La mobilisation contre la pratique des MGF

Le mouvement débute à Djibouti dans les années 1980 – alors que la lutte est déjà engagée au niveau international depuis les années 1970⁶ – à l'initiative de l'Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (UNFD). S'y joignent progressivement des organisations associatives. Cette impulsion est renforcée, en 1984, par la création du Comité National de Lutte Contre les Pratiques Traditionnelles Néfastes, organe chargé de coordonner le mouvement. Puis, l'implication conjointe de la société civile, des autorités politiques (Ministères de la Santé, de la Promotion de la Femme et des Affaires religieuses) et des acteurs internationaux de développement (UNFPA, UNICEF) appuient la mobilisation. Dans les années 1990, l'État djiboutien ratifie plusieurs conventions internationales relatives à la protection des droits des individus⁷. Il met ensuite en place un Comité National de Lutte contre les MGF, et formule, en 2006, une *Stratégie nationale pour l'abandon de l'excision et de l'infibulation*. Cette mobilisation trouve désormais un écho dans les médias qui rendent compte notamment de l'engagement des plus hautes autorités de l'État dans ce processus [Ministère de la Santé, 2006]. Les MGF constituent donc de plus en plus, dans la sphère politique et dans la société civile, « une question de société » que l'État et ses partenaires souhaitent résoudre.

L'émergence de la lutte contre les MGF sur la scène publique coïncide avec un changement de pratiques. En 2006, l'*Enquête pilote sur la médecine scolaire préventive à Djibouti*⁸ [Belbéoch, 2006 ; Belbéoch *et al.*, 2008] réalisée auprès des fillettes âgées de cinq à dix ans, dans dix écoles primaires, montre une baisse sensible du taux de prévalence des MGF et en particulier de l'infibulation. Reposant sur l'observation clinique de l'appareil génital des fillettes, cette recherche révèle que presque 20 % des fillettes âgées de 13 ans n'ont subi aucune mutilation

4. Somalis et Afars sont les peuples nomades désormais sédentarisés et majoritaires à Djibouti ; les Arabes sont des commerçants yéménites.

5. On ne dispose pas de données chiffrées sur la pratique des MGF en fonction de l'appartenance ethnique [Unicef, 2005].

6. Création à Genève en 1977, par un organe de l'ONU, du Groupe de Travail sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. En 1979, le Planning Familial organise au Caire la Conférence des Chefs Religieux ; l'UNICEF publie son document « Position on Female Circumcision ». À Lusaka, est adoptée une résolution qui condamne l'excision et il est demandé aux gouvernements africains de fournir une aide aux organisations nationales de femmes qui cherchent à éradiquer la pratique. Dix pays de l'Afrique de l'Est et de la Méditerranée orientale participent à un colloque organisé à Khartoum par l'OMS, en vue d'abolir « les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants ». L'État djiboutien n'y prend pas part. En 1980, l'UNESCO et l'OMS condamnent à Alexandrie la médicalisation des MGF.

7. Entre autres, la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination envers les femmes et la Convention internationale sur les droits de l'enfant.

8. Enquête réalisée par le Ministère de la Santé et l'équipe de recherche Populations & Interdisciplinarité (désormais intégrée à l'UMR 196 CEPED).

dans le district de Djibouti. Ce constat conduit à penser que la question de l'abandon des MGF se pose désormais au sein des familles et à s'interroger sur le rôle de chaque sexe dans ce processus de changement social.

Méthodologie de l'enquête

Le questionnement évoqué donne lieu à la réalisation, en 2007, d'une enquête anthropologique financée par l'UNICEF et l'UNFPA, visant pour la première fois à Djibouti, à reconstruire le processus de décision élaboré au sein des familles qui conduit à l'acceptation ou au refus de la pratique d'une MGF sur les fillettes, en s'intéressant à la place des hommes dans cette interaction [Petit et Carillon, 2007].

Une démarche anthropologique compréhensive

L'enquête a été réalisée à partir de vingt-cinq entretiens conduits sur la base d'un guide à partir duquel une grande liberté d'expression a été laissée. Notre démarche était explicitée aux personnes sollicitées dès notre rencontre : il s'agissait de discuter ouvertement sur le thème des MGF et de recueillir des témoignages visant à comprendre pourquoi dans certaines familles la pratique des MGF est abandonnée alors qu'elle persiste dans d'autres foyers. Étaient également expliquées l'utilité sociale des témoignages et la confidentialité de l'entretien.

La question des MGF était abordée soit à l'issue de la présentation de notre démarche, à l'initiative des enquêtés, soit au cours de l'entretien après avoir évoqué l'histoire de la famille ou le parcours de l'enquêté(e). Parler de la lutte contre les MGF, de l'éventuelle implication de notre interlocuteur dans le mouvement, de ce qui se dit sur le sujet dans les médias et les quartiers, ou de la répartition des pouvoirs de décision au sein de la famille constituaient autant de portes d'entrée dans le sujet. Les opinions relatives à la pratique et à son évolution, ainsi que les expériences vécues étaient alors recueillies.

Nous incitions nos interlocutrices à parler de la pratique des MGF dans leur propre famille. Nous les sollicitons en tant que grand-mère en s'enquérant de leur position vis-à-vis de l'excision de leurs petites-filles et du champ d'action ou d'influence dont elles disposent ou non pour intervenir dans la décision. Elles ont été interrogées ensuite en tant que mère sur l'excision de leurs propres filles. Puis, elles étaient questionnées en tant que fillettes ayant subi une MGF, sur les souvenirs qu'elles avaient gardés de leur propre opération et de ses suites. Enfin, nous les sollicitons en tant qu'épouse, en leur soumettant nos interrogations quant à leur sexualité (la manière dont sont conçus et vécus le désir, le plaisir, les rapports sexuels) et leurs relations avec leur conjoint.

Les hommes ont été sollicités selon leur âge et leur statut matrimonial en tant que frère, père, futur père, époux et futur époux sur leur implication dans la décision d'exciser ou non leurs propres filles et sur la définition de leurs responsabilités au sein du foyer. Ils ont été également invités à expliquer les raisons qui justifient la pratique des MGF, leur abandon ou leur perpétuation. La question des relations sexuelles avec des femmes ayant subi une MGF a été aussi évoquée.

Une enquête en milieu urbain

Cette enquête s'est déroulée sur l'ensemble des quartiers de la ville de Djibouti, des plus riches aux plus démunis. Outre que plus des trois quarts de la population résident en milieu urbain et que la capitale regroupe les deux tiers de la population totale du pays, sa position à la jonction de l'Afrique et de l'Orient, sa dimension cosmopolite, font de la capitale un terrain propice à l'observation des mutations sociales.

Les enquêtés ont été rencontrés soit dans des associations de quartier identifiées par l'intermédiaire du Ministère de la Promotion de la Femme du fait de leur implication dans la lutte contre les MGF – huit femmes issues de milieux populaires ont ainsi été recrutées – soit dans des centres de santé. Trois hommes issus de milieux modestes ont été rencontrés. Le bouche-à-oreille a permis de solliciter trois femmes et un homme (tous employés). Des connaissances personnelles nous ont également permis de rencontrer quatre femmes et deux hommes issus de classe sociale aisée. Enfin, trois hommes de profil plus modeste ont été recrutés spontanément sur leur lieu de travail dans lesquels nous étions de passage. La sélection des quinze femmes et dix hommes interrogés visait à une diversification des profils sociodémographiques : diversité sexuelle, générationnelle, ethnique⁹, sociale, résidentielle, enfin diversité des opinions.

Des hommes qui adhèrent difficilement à l'objet de l'enquête

La difficulté de faire participer les hommes à l'enquête – refus, atermoiements, mutisme – est révélatrice de leur exclusion du domaine des MGF. Dès la mise en place du dispositif méthodologique de l'enquête, certains acteurs associatifs et institutionnels ont mis en doute la pertinence de réaliser des entretiens auprès de la gente masculine. Puis, les hommes, pressentant que nous attendions d'eux l'expression d'opinions, se sont dérobés en usant de diverses stratégies afin de retarder le plus possible la confrontation avec des femmes occidentales. A cela s'ajoute une réalité locale dont il est difficile de se dégager : la consommation généralisée de khat. Effectuée dans des lieux spécifiques, cette consommation quotidienne contraint les espaces et les temporalités d'enquête et rend les hommes peu disposés à nous rencontrer.

L'ambiguïté du positionnement des chercheuses

Notre appartenance au genre féminin constitue un facteur à prendre en compte. C'est en faisant valoir une identité commune auprès de certaines femmes et en partageant des expériences similaires autour de la vie génésique que nous sommes

9. La question ethnique constitue une variable sensible à Djibouti en raison de l'histoire de cet État. Bien que l'appartenance ethnique ait des implications évidentes en termes d'organisation sociale et familiale, de traditions, etc., l'approfondissement de cette dimension identitaire n'a pas pu être suffisamment creusé lors de notre enquête car il se heurte à une forte pression politique cherchant à renforcer l'idée d'une cohésion nationale.

parvenues à obtenir leur consentement. Nous avons ainsi désamorcé l'agressivité qui a pu se manifester à notre égard, agressivité justifiée par la crainte des femmes de voir des étrangères s'immiscer dans l'intimité de leurs souffrances. Ce statut d'étrangère a cependant favorisé un climat de confiance avec les participants. N'appartenant pas à leur environnement social immédiat, nous n'étions pas susceptibles de révéler des détails sur leur vie. Cette extériorité entre positivement en synergie avec le besoin des femmes de parler librement de leur vécu.

Par ailleurs, si le soutien institutionnel a facilité notre introduction auprès des acteurs sociaux locaux, il a induit chez les enquêtés notre identification au positionnement idéologique de ces institutions. De ce fait, les personnes interrogées se conformaient à ce qu'elles imaginaient être nos attentes : un discours anti-MGF. Au-delà du cadre strict de cette interaction, les individus témoignaient de leur parfaite conformité sociale et politique en se pliant aux injonctions diffusées lors des actions de sensibilisation. Afin de dépasser cette attitude, nous avons incité les individus à décrire le plus précisément possible les faits relatés et avons relevé les contradictions inhérentes à leurs discours afin de les faire réagir.

La place des hommes dans l'« affaire de femmes » : de l'absence héritée à l'invisibilité recherchée

Du monopole des femmes à l'absence des hommes, un consensus social

Tout au long de l'enquête, les MGF nous ont été présentées avec constance, répétition et conviction, comme une « affaire de femmes ». Nos interlocuteurs - enquêtés, acteurs institutionnels ou associatifs – quelles que soient leurs caractéristiques sociodémographiques ou leurs opinions, désignaient les MGF comme un domaine réservé aux femmes, « un sujet exclusivement de femmes » (F14¹⁰, 46 ans, mariée, non scolarisée, sans profession, une fille excisée), et les femmes comme étant « en charge de gérer ça » (H2, 47 ans, marié, non scolarisé, sans profession, aucune fille). Inversement, les hommes semblent ne pas avoir « à s'occuper de l'excision de la fille » (H3, 43 ans, marié, cadre, une fille non encore excisée).

Cette configuration fait écho d'une part à un code de la pudeur [Couchard, 2004] – s'agissant d'une intervention sur le sexe de la femme, seules les femmes la prennent en charge ou, selon les termes de l'un de nos enquêtés, « ça concerne les femmes parce que c'est le corps des femmes » (H10, 46 ans, marié, ouvrier, une fille non excisée) – et d'autre part, au déroulement de la pratique elle-même puisque les femmes en sont les seules protagonistes. Elles sont successivement victimes de la pratique, organisatrices, puis réparatrices car elles assurent les soins postopératoires. *A contrario*, les hommes ne remplissent aucun de ces rôles.

10. Les auteurs des citations sont désignés par un « F » s'il s'agit d'une femme et un « H » s'il s'agit d'un homme. Les numéros qui succèdent permettent de distinguer les individus en gardant l'anonymat.

Certains n'ont pas manqué de rappeler qu'ils « *ne participent pas physiquement aux mutilations génitales féminines* » (H3). La plupart a souligné son absence le jour de l'opération, précisant également que « *nul homme n'était au courant* » (H1, 59 ans, marié, non scolarisé, sans profession, une fille excisée) et qu'ils ne sont pas même informés des jours et lieux de l'opération : « *Lorsqu'on faisait ça à ma sœur, le père n'était pas au courant (...) Les femmes le faisaient alors que l'homme n'était même pas là. Il l'ignorait* » (H2). Et un père de famille (34 ans, non scolarisé, employé) dont la fille a été touchée, d'ajouter : « *On ne me demande rien* » (H8).

Cette dialectique – présence des femmes/absence des hommes – est également perceptible au niveau de la lutte contre les MGF. L'omniprésence des femmes constatée dans les institutions investies dans la mobilisation, lors des réunions consacrées à l'organisation de notre enquête ou encore des actions de sensibilisation, révèle leur surreprésentation dans ce domaine. En outre, les femmes ont toujours été et sont à la fois les organisatrices de la lutte contre les MGF et la cible quasi unique des campagnes de sensibilisation. Les hommes, hormis les religieux, ne sont ni directement visés, ni sensibilisés et encore moins mobilisés.

Ainsi, tandis que les femmes apparaissent aux yeux de tous comme étant les plus compétentes et les plus légitimes à traiter de la question des MGF en raison de leur statut de victimes, les hommes restent invisibles, exclus de ce champ d'investigation et se gardent bien d'y intervenir. L'omniprésence des femmes et son corollaire, l'absence des hommes, font ainsi l'objet d'un consensus qui transcende les différences de genre. Comment expliquer ce consensus ?

Une « affaire de femmes » en héritage

La pratique des MGF est constituée comme une « *affaire de femmes* », « *parce que traditionnellement, depuis des siècles, ce sont les femmes qui les pratiquent. L'exciseuse, c'est une femme. La mère qui demande l'excision, c'est une femme* » (H3, 43 ans, marié, cadre). La répétition d'une génération sur l'autre des mêmes comportements par les femmes sur les fillettes et, de fait, du positionnement spécifique des hommes par rapport à cette pratique, introduit dans cette société des modèles de comportements préformés que chaque génération intériorise et reproduit de manière mécanique et spontanée. Elle confère aux positions de chacun des sexes une légitimité certaine et renforce le consensus. Chaque sexe agit en référence à ce qui a toujours été et ce qu'il convient de faire et justifie ainsi sa position.

En outre, traditionnellement, « *la circoncision est du domaine des hommes et l'excision est du domaine des femmes. (...) L'homme est responsable de la circoncision des garçons, la mère est responsable de l'excision des filles* ». Il semble que « *cette division des tâches continue* » (H3). La division sexuelle des tâches, système normatif établi et partagé au sein de la société, à l'intérieur duquel hommes et femmes se positionnent sans hésitation, est ici mentionnée pour justifier de l'absence des hommes. Celle-ci est ainsi présentée comme relevant de l'ordre naturel des choses et reposant sur des accords informels revêtus de l'autorité de l'âge et de la tradition.

Les hommes, au même titre que les femmes, revendiquent ainsi leur rapport à l'objet comme légitime. Cependant, s'ils laissent le champ libre aux femmes parce qu'il en a toujours été ainsi, il n'en demeure pas moins que cette absence se répercute aujourd'hui sur la scène des MGF.

Mobiliser l'absence héritée pour se rendre invisible

L'invisibilité perçue au cours de l'enquête

Alors que la question des MGF tend à devenir une question de société, elle fait l'objet d'un certain évitement de la part des hommes. Ceux-ci ont usé de divers artifices pour ne pas être confrontés à la question.

Au cours des entretiens, certains affirment que notre demande à leur égard est inappropriée, puisqu'il s'agit d'une « *affaire de femmes* », ils ne peuvent en témoigner. De surcroît, lorsque nous avons pu engager un débat avec eux, ils en posent rapidement les limites. Un père de famille (34 ans, non scolarisé, employé) dont la fille a été excisée, à la question : « *Sais-tu si c'était une exciseuse ou une femme de la famille qui l'a fait ?* », répond : « *Comment veux-tu que je sache ? C'était ailleurs, je n'étais pas là* » (H8). Cet homme définit implicitement les limites du champ de son témoignage : n'ayant pas contribué à l'opération, il ne peut en dire plus. Un tel positionnement lui permet de restreindre le débat et de ne pas se prononcer. C'est ce subterfuge que dénonce un père de famille : « *C'est la facilité de dire que c'est une affaire de femmes. En fait, ils cachent les vraies raisons. Ils ne veulent pas se dire la vérité en face. C'est plus facile de dire : "c'est l'affaire des femmes" comme ça, on n'évoque plus la question* » (H4, 38 ans, cadre).

Certains hommes, notamment le plus jeune de nos enquêtés (H6, 24 ans, célibataire, Bac+4), soulignent leur désintérêt quant à la question des MGF : « *Ces choses-là, nous, les hommes, on n'y fait pas trop attention (...) C'est elles [les femmes] qui perpétuent la tradition de l'excision et tout ça. On [les hommes] n'y touche pas. Parce que nous, on ne considère pas que l'excision, c'est quelque chose de central, quelque chose qui est très très important (...) On considère que c'est du détail (...) C'est le domaine des femmes, donc on n'y pense pas* ». Au désintérêt affiché s'ajoute la minimisation de la pratique présentée comme étant « *du détail* ». Dédramatisée, la pratique est également banalisée. Elle est désignée à plusieurs reprises comme « *banale* » (H3, H6). Enfin, associer la pratique des MGF à l'ordinaire, c'est implicitement suggérer que « *c'est quelque chose de naturel, [par conséquent] on n'en parle pas* » (H3). Là encore de façon détournée, notre interlocuteur légitime sa non implication dans les débats.

Les hommes n'ont pas manqué de nous rappeler par ailleurs que les femmes sont les mieux placées pour discuter d'un tel sujet, orientant ainsi notre attention sur ces dernières et déplaçant la question initiale. « *Ce n'est pas que je n'ai pas envie, mais franchement, je ne trouve pas ma place aussi. Moi, je pense qu'une femme djiboutienne est mieux placée que moi pour parler de ça (...), une femme peut mieux parler qu'un homme (...)* La femme peut mieux que moi représenter

la lutte contre les mutilations génitales (...) ça la concerne directement (...) la souffrance et les complications, si elle est infibulée, elle connaît mieux que moi » (H5, 31 ans, célibataire, profession intermédiaire). Le statut de victime des femmes est mobilisé comme alibi pour légitimer une implication exclusive. En outre, l'homme se défile en mettant la femme sur un piédestal. De façon similaire, un enquêté explique : « *Dans une société comme Djibouti, où la société considère que c'est un domaine réservé de la femme, je ne vois pas pourquoi j'ôterais ça à ma femme si vraiment elle veut occuper tout son espace »* (H4, 38 ans, cadre). Cet homme se réfère au consensus qui prévaut dans la société de façon à légitimer son propos, puis justifie sa non implication en affirmant attribuer à sa femme un espace de liberté. Il s'arroge ainsi l'image d'un mari compréhensif et souple.

Enfin, l'un des chefs de famille partisan de la lutte contre les MGF détourne notre attention vers les chefs religieux : « *je pense que les hommes, dans le changement de la société, ont un rôle à jouer en tant que chef religieux. C'est-à-dire que, en général, (...) c'est les hommes qui prêchent dans les mosquées, qui prêchent à la télé (...) ils ont un rôle à jouer »* (H3, 43 ans, marié, cadre). Même stratégie d'évitement que celle constatée précédemment : notre interlocuteur s'efface en mettant en avant le rôle d'autrui.

En se retirant des débats, les hommes ne sont plus seulement absents, comme ils l'ont toujours été, mais ils cherchent à prendre leur distance. Leur démarche est active et motivée. Faisant en sorte d'échapper à la question des MGF, ils se rendent invisibles.

L'invisibilité dans le processus de décision

Dans ce contexte, il revient aux femmes, désignées comme seules protagonistes, la décision de faire subir ou non une MGF à leurs fillettes : « *C'est la femme qui est responsable de la fille et c'est elle qui est responsable du mal. C'est elle qui a le pouvoir de décider d'exciser la fille »* (H2, 47 ans, marié, non scolarisé, aucune fille). L'homme se dissimule derrière l'abandon aux femmes du pouvoir de décision et de la responsabilité. Le témoignage d'un père de famille pour qui la question d'exciser ou non sa fillette se pose au moment de l'enquête, renforce cette illusion que nous donnent nos interlocuteurs d'une femme émancipée du pouvoir de l'homme : « *Elle sait que je suis contre, mais qu'est-ce que je peux faire de plus ? »* (H3, 43 ans, cadre).

En outre, certains pères de famille ont témoigné de leur impossibilité d'imposer un refus de l'excision de leur propre fille au nom de la « *pression de la famille, de la société »* (H3) ou encore de « *la contrainte culturelle »* (H8, 34 ans, employé) : « *je n'ai pas voulu que mes filles soient excisées, (...) Mais il y avait quand même une contrainte culturelle, une pesanteur culturelle... Sa grand-mère, ma belle-mère et puis même ma tante paternelle qui vivent avec moi maintenant, ils étaient vraiment gênés, ils n'étaient pas d'accord (...) Moi, j'ai dû céder »* (H8). La contrainte culturelle mentionnée ici fait référence au poids du groupe

des femmes et, ce que notre interlocuteur évoque dans la suite de son témoignage, au « respect des aînées » (H8). En mobilisant des arguments acceptables socialement, il justifie son exclusion du processus de décision.

Pourtant, le poids des femmes dans le processus de décision semble pouvoir être contré par celui d'un homme. Une mère de famille explique avoir été incapable d'amener sa famille à renoncer à l'excision de sa fille, face à la pression de ses aînées. Le récit de son expérience se solde par cet aveu : « *Je suis sûre que si mon mari, ce jour-là, avait dit : « Je soutiens ma femme dans ce... On n'aurait rien fait à ma fille »* (F3, 50 ans, profession intermédiaire). Il semble donc que l'intervention du conjoint puisse bouleverser la décision des femmes. Le jeune enquêté le confirme : « *La parole d'un homme a un poids. C'est central. Si lui, il décide que sa fille ne doit pas être excisée, elle ne va pas être excisée* » (H6). Si donc les femmes détiennent le pouvoir de décider de l'excision de leurs propres filles, c'est parce que les hommes n'interviennent pas. La non implication ou l'implication partielle des hommes est donc volontaire et recherchée.

La signification de l'invisibilité des hommes

Comment expliquer l'attitude des hommes face à la question des MGF ? Pourquoi les hommes cherchent-ils à se rendre invisibles ? Un tel positionnement, loin d'être dénué de sens, consisterait en une stratégie visant pour les hommes à asseoir leur pouvoir.

De l'invisibilité des hommes à la reproduction de la division sexuelle des tâches

Hommes et femmes, parce qu'ils ne s'impliquent pas de concert dans une même tâche, semblent cantonnés dans des espaces distincts aux frontières peu poreuses et vivre, selon le témoignage d'une femme mariée depuis une trentaine d'années, « *dans deux mondes parallèles* » (F3). Cette scission entre sphère masculine et féminine n'est pas spécifique au domaine des MGF mais elle constitue un des aspects d'une socialisation de genre différentielle qui se manifeste ici de façon criante. Elle reflète et entretient la division sexuelle des tâches.

Dans le cadre de la pratique des MGF, les hommes n'étant pas sur les lieux de l'opération, c'est aux femmes qu'il incombe « *de passer à l'acte* » (H3). Elles sont alors livrées à elles-mêmes, seules face aux souffrances des fillettes. La tâche est donc pour le moins empreinte d'une violence physique – celle de la mutilation – mais également symbolique puisqu'elle réactualise des souffrances que les femmes ont-elles mêmes subies. La fuite des mères des excisées est éloquente : « *Ma mère, elle est partie ! Elle ne voulait pas écouter les cris, elle ne pouvait pas supporter nos pleurs* » (F2). Et à une mère d'expliquer : « *Je me suis cachée, j'étais là-haut. J'étais sous deux oreillers pour ne pas l'entendre pleurer* » (F3). S'ajoute à cette violence, celle plus symbolique contenue dans la reproduction de l'acte par des femmes sur des fillettes qui signifie que les femmes elles-mêmes

participent volontairement à leur propre mutilation et de fait à leur propre soumission aux hommes.

Car, comme le souligne Zwang, les MGF sont une « *destruction de la fonction érotique* » qui a pour conséquences de rendre les femmes inaptes à la jouissance sexuelle. Les femmes sont ainsi transformées en « *êtres asservis* » [Zwang, 1997, p. 71]. Le contrôle de la sexualité semble constituer une dimension fondamentale de la pratique des MGF. Un homme affirme en effet que « *le rôle de l'incision (...), c'est une question de retarder l'orgasme de la fille. C'est-à-dire que, en principe, (...) si elle n'est pas excisée, vers ses 20 ans, elle peut avoir des pulsions, des désirs très intenses et tout ça (...). L'idée est d'atténuer le désir sexuel* » (H5, 31 ans, célibataire, profession intermédiaire). Et à un père de famille d'ajouter : « *L'argument pour les hommes, c'est le fait de se dire : « Ta fille est (...) infibulée, donc il n'y a pas de risque de coucher de gauche à droite »* (H4, 38 ans, cadre, deux fillettes non touchées). Par conséquent, en excisant les fillettes, les femmes donnent implicitement la possibilité aux hommes de contrôler sexualité et fécondité des femmes. L'invisibilité des hommes apparaît alors très lourde de sens.

Par ailleurs, il n'est attribué à l'acte ainsi reproduit sur le corps des fillettes aucune reconnaissance sociale directe. La pratique des MGF est organisée « en catimini », à l'abri des regards. La victime n'a que « *la ressource de crier ses souffrances et de pleurer le choc ressenti* » (Boudhiba, 1998 : 217). Il ne s'en suit aucune festivité – *a contrario* de la circoncision qui fournit l'occasion de cérémonies familiales¹¹ – ce qui révèle que ce qui est constitutif du genre féminin est sinon dévalorisé, du moins ignoré socialement. L'organisation des MGF révèle le caractère ingrat de la tâche assignée aux femmes et la dévalorisation de leur statut. L'invisibilité des hommes peut être perçue comme un prétexte servant à maintenir la domination masculine. En définitive, la division sexuelle des tâches sert de fondement à l'invisibilité des hommes qui la renforce et contribue ainsi à la naturalisation des rapports de genre inégalitaire.

Silence et passivité pour rester maître d'une situation sociale inégale ?

Si les hommes rechignent à parler des MGF, c'est sans doute parce que, au-delà du fait qu'il s'agit d'un sujet sensible et d'une pratique dépréciée par certains acteurs auxquels nous sommes assimilées, s'exprimer revient à rendre compte de sa position à un tiers, donc à se placer dans une position d'infériorité dans l'interaction... Posture inverse à celle qu'occupent spontanément les hommes. Dans le cadre de notre enquête, cette demande d'explication est sans doute ressentie d'autant plus violemment qu'elle est formulée par une femme, qui plus est étrangère au système social concerné. Notre sollicitation induit donc une remise en cause contraire à leur mode de fonctionnement.

11. Pratique des MGF et circoncision sont mis en parallèle en tant que pratique visant l'une et l'autre à la définition des identités sexuelles, seul point commun de ces pratiques. Toute autre comparaison est, à notre sens, inadaptée compte tenu de l'inégalité des conséquences entre les pratiques.

En outre, s'exprimer, c'est accepter de discuter de ce qui relevait initialement de l'évidence. Or, il semble que les évidences ne se discutent pas. Un père de famille (43 ans, cadre) en témoigne : « Ça [la pratique des MGF] allait de soi dans la tradition. C'était une pratique tout à fait naturelle. Toutes les filles étaient excisées. Personne ne mettait ça en cause. Personne ne parlait ». Il ajoute dans la suite de son témoignage : « On ne discute pas au sein du couple pour lequel c'est évident pour les deux membres du couple (...). Pour moi ce n'est pas évident, c'est parce que je m'y oppose qu'on en discute. Si pour moi, ça coulait de source, il n'y aurait peut-être pas eu discussion » (H3, 43 ans, cadre). Faire de la pratique des MGF l'objet de discussions, c'est donc instaurer le doute, interroger et lever le voile sur une relation inégalitaire pensée comme relevant de l'ordre naturel des choses (inégalité construite sur la perception de la différence biologique), relevant de l'ordre divin (l'Islam) et relevant de l'ordre social hérité. Or, parce que cette inégalité est constitutive de l'organisation sociale, il n'est pas question pour les hommes de la remettre en cause sous peine d'y introduire une certaine désorganisation et de mettre en péril leur pouvoir.

Les hommes aspirent à maintenir l'ordre social, notamment à l'échelle de la famille. L'un des enquêtés qui, bien qu'affirmant au sein de sa famille son opposition à la pratique des MGF du fait des risques sanitaires encourus, n'a pas pu/su épargner sa fillette, explique : « Je n'ai pas voulu être un élément déstabilisateur de l'harmonie qui règne dans la famille, même si j'ai provoqué un débat, je n'ai pas voulu provoquer, casser l'harmonie familiale » (H9, 33 ans, profession intermédiaire, deux filles excisées). L'homme réaffirme ensuite sa capacité à bouleverser l'ordre des choses : « Si je m'imposais complètement, personne ne pourrait faire l'excision sans mon accord ». Bien que conscient de son pouvoir, il n'en use pas. Soucieux de ne pas perturber l'ordre établi, il laisse la question des MGF confinée dans la sphère féminine. Dès lors, la passivité peut être lue comme un moyen d'éviter d'interrompre le processus de reproduction sociale en cours.

Enfin, ne pas intervenir dans le champ des MGF évite aux hommes de faire de leur domination un sujet de débat public dans une société où il convient de garder socialement les apparences sauves. Si dans l'espace domestique, des changements sont à l'œuvre, il faut éviter de légitimer ce qui peut apparaître comme un nouveau modèle social.

La faiblesse de l'engagement masculin peut s'expliquer également par le refus de remettre en cause les frontières établies entre sphère masculine et féminine. Toutes initiatives masculines dans le domaine des MGF seraient perçues négativement à la fois par les femmes, qui se sont appropriées le domaine, et par les hommes qui y verraient un amoindrissement de leur statut. L'implication des hommes implique en effet qu'ils prennent place dans l'espace domestique et qu'ils résistent aux pressions sociales dans l'espace public. Cette recomposition de l'ordre établi et des relations de genres est loin d'être envisageable pour l'ensemble des Djiboutiens. Cependant la capacité réflexive et le recul dont ont témoigné

certains de nos interlocuteurs (cas de H4, F2, F3) appartenant à l'élite sociale du pays présage d'un nouveau modèle de comportements à Djibouti.

En outre, si au niveau macro sociologique les hommes constituent une entité rétive à s'impliquer, au niveau microsociologique, ils sont directement confrontés aux femmes de leur famille et au destin de leur fillette. Dès lors, il ne s'agit plus d'une posture rhétorique, mais d'un rapport de force concret dans lequel ils s'engagent ou non. L'expérience d'un père de famille qui ne parvient à faire valoir sa volonté de ne pas toucher sa propre fille face aux femmes de sa famille est éloquente : *« Et si c'est fait, qu'est-ce que vous voulez que j'y fasse ? (...) Je vais porter plainte contre ma femme ? Je vais emmener ma femme en prison ? Je vais divorcer avec ma femme ? Ce sont des sujets qui ne sont pas faciles, hein ! (...) c'est une affaire de femmes. Donc les femmes, la belle-mère, les belles-sœurs, tout ce que vous voudrez sont tout (...). Si ça se fait sans mon accord, je ne vois pas ce que je peux faire (...) Je ne vais pas cacher ma fille dans un autre quartier... Je ne vais pas enlever ma fille à ma femme ! »*

(H3, 43 ans, cadre).

Les hommes sont pris entre différentes exigences contradictoires : en tant que père, ils désirent protéger leur fille ; en tant que conjoint, ils redoutent de s'engager dans des discussions avec leur épouse et de devoir se justifier si elle n'est pas d'accord, en tant qu'homme de la famille, ils sont peu enclins à s'opposer frontalement aux femmes de leur parenté... Autant d'éléments qui favorisent la non-implication des hommes.

L'invisibilité des hommes ou la lutte des femmes mise en péril

En s'impliquant dans la lutte contre les MGF, les femmes opèrent un glissement du statut de victime à celui de citoyenne engagée. La lutte contre les MGF apparaît alors comme le moyen pour elles de s'impliquer dans la vie politique et sociale de leur société, de s'affirmer et d'investir l'espace public.

Cependant, si l'engagement des femmes leur permet d'obtenir une certaine reconnaissance sociale, il ne subvertit pas la hiérarchie des sexes. Au contraire, en s'impliquant seules, les femmes se heurtent rapidement aux limites de ce monopole. Si mobiliser de façon positive leur statut de victime est, dans une première phase, porteur de dynamique et constitue un ciment fédérateur entre les femmes, il devient problématique lorsqu'il s'agit d'étendre la sensibilisation au-delà de ce premier cercle de militantes. Un des enquêtés analyse ce blocage de la situation, rappelant aux femmes la rigueur de la réalité sociale : *« Madame, si vous vous battez seule, vous n'irez pas jusqu'au bout... Parce que c'est toujours nous [les hommes], qui avons le pouvoir de décision dans ce pays (...) faire des conférences entre femmes ne fera pas avancer votre cause. (...) Est-ce que vous êtes sûre que les hommes veulent lâcher du lest ? Convaincre les femmes c'est une chose, mais il faut surtout convaincre les hommes »*

(H4, 38 ans, cadre).

L'implication des hommes est donc une condition nécessaire pour qu'une nouvelle impulsion soit donnée au mouvement anti-MGF. Les hommes sont conscients de leur pouvoir de décision et d'action et certains n'hésitent pas à le revendiquer : « *La parole d'un homme a un poids. C'est central. Si lui, il décide que sa fille ne doit pas être excisée, elle ne va pas être excisée* » (H6, somali, bac+4, employé, 24 ans célibataire, 4 sœurs sur 5 touchées). Le pouvoir de l'homme constitue donc même pour les jeunes générations instruites l'ultime facteur décisif. Ces hommes, encore marginaux, s'affichent comme des acteurs clés dans le processus de changement. Cependant, celui-ci est actuellement freiné du fait des résistances masculines.

Ne pas encourager la démarche des femmes, c'est donc implicitement mieux les orienter vers le relatif échec de leur combat. Car, une lutte exclusivement féminine, ne pouvant aboutir, conduirait à la marginalisation de la cause et à une dévalorisation de l'effort accompli. En se montrant invisibles, les hommes exposent donc sur la scène publique les limites de l'action des femmes, et par là même l'infériorité de la gente féminine.

L'intériorisation, clé de la domination

Une domination consentie

Les hommes ne renforcent leur pouvoir qu'en raison de l'acceptation sans réserve de ce rapport asymétrique par les femmes. Cette soumission à un ordre fondé sur la violence mérite d'être interrogée.

La pratique des MGF s'imposait, jusque récemment, comme étant « *dans l'ordre des choses* » (H4, 38 ans, cadre, deux filles non excisées). « *On pensait que c'était un cap où toutes les petites filles devaient passer (...) on pensait que c'était normal* » (F2, mariée, employée, une fille non excisée). Les femmes, en reproduisant ce rituel, assument un rôle social qui leur est assigné par leur groupe d'appartenance. Ce rôle leur a été inculqué implicitement au cours de leur jeunesse, grâce à des mécanismes psychosociologiques et à l'action des acteurs sociaux chargés d'énoncer et d'exercer la Loi. Obligations et devoirs relatifs à la pratique des MGF sont ainsi intériorisés par les femmes. Leur appropriation de ce domaine en témoigne. Mais, sans le savoir, ni le vouloir, les femmes incorporent ainsi la vision du monde des dominants et se font complices de l'ordre social existant dont elles sont victimes. Bourdieu met en lumière la nécessaire part d'inconscient dans le processus d'intériorisation : « *pour que la domination fonctionne, il faut que les dominés aient incorporé les structures selon lesquelles les dominants les perçoivent, que la soumission ne soit pas un acte de la conscience, susceptible d'être compris dans la logique de la contrainte ou dans la logique du consentement* » [Bourdieu, cité par Fougeyrollas-Schwebel *et al.*, 2003, p. 11].

Cependant si l'ampleur de la domination demeure inconsciente, il serait illusoire de croire qu'elle est intégrée sans que cela ait un coût social et psychologique au niveau des dominées. Les souffrances exprimées par les victimes et leurs mères

sont éloquentes. Face à l'impossibilité de remettre en cause cette structure oppressive, à laquelle elles participent pleinement, les femmes cherchent des parades leur permettant de se revaloriser. Une des solutions consiste à revendiquer un champ de compétence exclusif, en l'occurrence les MGF. Ce déni rend la situation acceptable, donc vivable, et permet la perpétuation du système.

L'efficacité de la domination symbolique : l'adhésion au rituel

Le fait que seules des femmes participent à la pratique des MGF renforce l'efficacité de la domination masculine. En effet, le processus d'intériorisation est répété, réactivé et entretenu tout au long de la vie des femmes en tant que personne infibulée, puis en tant que témoins ou actrices de ce rituel. De surcroît les hommes les placent dans la position où elles sont responsables du succès de cette opération. Par conséquent il devient difficile pour les femmes de se dégager d'un rôle social où l'honneur personnel et la réputation du lignage sont engagés. Les partisans de l'éradication des MGF ont souligné la difficulté d'être les premières à abandonner cette pratique par la stigmatisation dont elles font l'objet. L'injonction de réussite les transforme ensuite en agents exemplaires de leur propre domination, puisqu'elles veillent à satisfaire au mieux l'exigence des hommes : garantir l'identité sexuelle des filles et les rendre conformes aux qualités requises pour leur vie future d'épouse. La force opératoire de cette attente traduit l'omniprésence symbolique des hommes : le système se reproduit à leur avantage grâce à la participation des femmes.

Conclusion : l'omniprésence des hommes et ses limites

Si l'absence des hommes dans le domaine des MGF est assumée et revendiquée, elle n'en demeure pas moins apparente. Car les hommes, dissimulés dans « les coulisses de la scène », assurent une omniprésence symbolique visant à maintenir leur pouvoir. Ainsi, cette invisibilité des hommes, parce qu'elle conforte l'inégalité des rapports de genre, peut être lue comme l'un des mécanismes du travail de reproduction de « l'éternel masculin » [Bourdieu, 1998].

Cette enquête-pilote invite donc à réfléchir dans le sillage de Devreux au développement de recherches sur les hommes en tant que dominants en partant du point de vue « *qu'ils ne sont pas seulement dans cette position parce que les femmes sont en dessous de celle-ci. Ils y sont parce que les rapports de sexe les y mettent, parce qu'ils sont produits pour y être, et parce qu'ils se battent pour s'y maintenir* » [Devreux, 2004, p. 8]. L'analyse du comportement des hommes djiboutiens montre que les pratiques masculines en matière de lutte contre « *le progrès social* » ne sont pas seulement le résultat d'un processus macro structurel mais qu'elles résultent également des résistances quotidiennes observées au niveau micro sociologique et enfin « *dans la désertion et l'absence d'action* » [Devreux, 2004, p. 15].

Cette analyse conduit à une relecture de l'évidence avec laquelle l'invisibilité des hommes, au même titre que l'« *affaire de femmes* », a été intégrée dans les

politiques de lutte contre les MGF. Considérer cette invisibilité comme un donné naturel, c'est occulter l'intensité de l'inégalité des rapports de genres et ses répercussions sociales et politiques. C'est croire que l'on peut résoudre un « problème de société » élaboré en termes de santé publique et de droit des personnes, sans le replacer au cœur des interactions sociales dans lesquelles les acteurs sociaux sont impliqués et qui font système. C'est oublier que le penser comme l'agir se déterminent dans un monde d'échanges définis par des normes et des injonctions contribuant à renforcer des structures d'assujettissement. Alors que les analyses sociologiques, anthropologiques, historiques mettent en exergue le poids de la domination masculine, la violence qui s'exerce sur les femmes, le rôle des hommes comme pivot du système social, les politiques de population dans les pays en développement restent largement bâties autour de l'illusion sociologique, voire démographique, du pouvoir d'autonomie et de décision des individus, et en particulier celui des femmes. Même dans une dynamique d'individualisation moderne, les individus restent avant tout des êtres socialisés au-delà de toute différence de genre [Spurk, 2007]. En réintégrant la domination masculine dans le traitement des MGF, chercheurs et politiques iront plus loin dans la compréhension d'une pratique qui avant d'être « un problème de santé publique » est fondatrice de l'identité féminine et des rapports de genre.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles

- BAJOS N., FERRAND M. [2004], « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 22, p. 117-140.
- BALLMER-CAO T.-H. [2006], « Genre et régulation », in Parini L., Ballmer-Cao T.-H., Durrer S., *Régulations sociales et genre*, Paris, L'Harmattan, p. 15-31.
- BELBEOCH O., CHARBIT Y., HOUSSEIN S.H. [2008], *La population de Djibouti, recherches socio-démographiques*, Paris, L'Harmattan.
- BOZON M. [2005], *Sociologie de la sexualité*, Paris, Nathan.
- BOUHDIBA A. [1998], *La sexualité en islam*, Paris, PUF, Collection Quadrige (1^{re} édition 1975).
- BOURDIEU P. [1998], *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- BOURRICAUD F. [1982], « Institution », in Bourricaud F., Boudon R., *Dictionnaire de sociologie*, Paris, PUF, p. 307-314.
- COUCHARD F. [1994], *Le Fantasme de séduction dans la culture musulmane. Mythes et représentations sociales*, Paris, PUF.
- DEVREUX A.-M. [2004], « Les résistances au changement social », *Les Cahiers du Genre*, Paris, L'Harmattan, n° 36, 2004, p. 5-20.
- ERLICH M. [1986], *La femme blessée : essai sur les mutilations sexuelles*, Paris, L'Harmattan.
- FOUCAULT M., [1976-1984], *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard ; 2004, *Naissance de la biopolitique*, Paris, Gallimard.
- FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL D. *et al.* [2003], « Introduction. La violence, les mots, le corps », *Les cahiers du genre*, Paris, Éditions L'Harmattan, p. 5-20.

- HÉRITIER F. [2003]. « Quels fondements de la violence ? La violence, les mots, le corps », *Les cahiers du genre*, Paris, Éditions L'Harmattan, p. 21-44.
- HÉRITIER F. [1996], *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.
- SPURK J. [2007], *Du caractère social*, Paris, Édition Parangon/Vs.
- ZWANG [1997], « Fonctionnal and Erotic Consequences of Sexual Mutilations », in Deniston G., Fayre Milos M., *Sexual Mutilations. A Human Tragedy*, Springer, p. 67-76.

Enquêtes et rapports

- BELBEOCH O., (POPINTER, UNFPA), [2006], *La médecine scolaire à Djibouti, Enquête pilote 2005-2006*, Paris, 24 p.
- Digest Innocenti, [2005], *Changer une convention sociale néfaste : la pratique de l'excision/mutilation génitale féminine*, UNICEF.
- Direction de la Statistique et des Études Démographiques, Ministère de la Santé, [2006], *Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples*, Rapport préliminaire, Djibouti.
- Direction de la Statistique et des Études Démographiques, [2004], *Enquête djiboutienne sur la santé de la famille*, PAPFAM, Rapport principal. Djibouti.
- Ministère de la Promotion de la Femme, [2006], *Stratégie Nationale pour l'abandon de toutes formes d'excision*.
- Organisation Mondiale de la Santé, [2008], *Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclarations interinstitutions*, Genève.
- PETIT V., CARILLON S. [2007], *Société, familles et individus face à une « question de femmes »*. *Déconstruire et analyser les décisions relatives à la pratique des MGF à Djibouti*, Paris, POPINTER, Rapport à l'intention de l'UNFPA, UNICEF.

Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ?

*Julie Désalliers**

En milieu rural burkinabé, la forte natalité demeure valorisée puisque les enfants sont à la base même de l'économie familiale : ils permettent à la famille de survivre et sont une richesse économique, sociale et symbolique¹. Les contraceptifs sont donc conçus avant tout comme moyens d'espacement des naissances se substituant aux périodes d'abstinence traditionnelles [Trussell *et al.*, 1989 ; van de Walle, 1993] ou alors d'un point de vue médical, pour permettre à la femme de se reposer après un échec obstétrical [Bledsoe, 2002]. Face aux contraintes de la vie quotidienne et aux difficultés économiques, ils permettent aussi de restreindre légèrement la taille de la famille afin de pouvoir « assurer la sécurité » des enfants et subvenir à leurs besoins [Désalliers, 2009]. Mais dans tous les cas, la planification familiale est d'abord un moyen pour le couple de produire une descendance nombreuse et en bonne santé, dans un contexte culturel où le but de la femme est de réussir à mettre au monde de nombreux enfants, procurant ainsi fierté et prestige à la famille.

Ces valeurs ne concordent toutefois pas toujours avec les objectifs des programmes de planification familiale (PF). Les raisons qui justifient l'offre de contraceptifs hormonaux dans les cliniques rurales burkinabé doivent être replacées dans un contexte politique, historique et idéologique particulier² qui permet de comprendre comment le contrôle des populations, notamment dans les pays dits « en développement », et le désir politique de réduction des naissances se basent sur une politique de responsabilisation par rapport à la fécondité [Ali, 2002 ;

* Étudiante au MD/PhD, Université McGill, Université de Montréal. julie.desalliers@mail.mcgill.ca

1. En milieu urbain, les coûts élevés d'entretien des enfants, le risque de mortalité infantile plus faible, la sécurité du revenu ainsi que l'affaiblissement de la pression sociale au profit de motivations et d'aspirations individuelles conduisent à une fécondité plus faible. [Congo, 2007]

2. Voir par exemple, concernant l'histoire des politiques de populations dans les pays pauvres [Finkle and Crane, 1975, 1981, 1985 ; Sala-Diankanda, 2000 ; Meillassoux, 1991], les dérives des programmes de planification familiale [Hartmann, 1995 ; Castro, 2004] ou encore le corps des femmes et la reproduction comme lieux d'engagements politiques et économiques [Jeffery et Jeffery, 2002 ; Kanaaneh, 2000].

Greenhalgh, 2005]. Au niveau local, nous avons constaté les pressions que le discours biomédical et les campagnes de sensibilisation exercent sur les individus et la culpabilisation qui en découle dans une situation économique difficile où les contraceptifs sont présentés comme des solutions à la pauvreté et à la mortalité maternelle et infantile [Désalliers, 2009] L'idée que la PF en soi puisse améliorer les conditions de vie masque toutefois les causes réelles des problèmes (au niveau de l'accès aux soins de santé de base ou de la nutrition, par exemple) [Richey, 2004 ; Morsy, 1995].

Sans nier la pertinence de cette approche critique des politiques de population et de planification familiale, l'analyse des entretiens avec les populations permet également de mettre en évidence l'agentivité³ des femmes et des hommes qui utilisent et se réapproprient les technologies contraceptives. Cet article se penchera donc plutôt sur la micro dynamique des relations de genre et nous verrons que dans un contexte où le désir d'enfants est différent entre les hommes et les femmes en milieu rural, les contraceptifs peuvent être utilisés comme outils par les femmes pour créer un espace de négociation de la fécondité. Même face aux plus grandes contraintes, les individus ont un degré d'agentivité et sont toujours aussi en partie les acteurs du social⁴. Comme l'écrivent Ginsburg et Rapp [1995] : « While our work calls attention to the impact of global processes on everyday reproductive experiences, it does not assume that the power to define reproduction is unidirectional. People everywhere actively use their local logics and social relations to incorporate, revise, or resist the influence of seemingly distant political and economic forces⁵. » [1995, p. 1] Lock et Kaufert [1998] proposent aussi une approche où les femmes ne rejettent pas les nouvelles technologies, mais y accèdent pour des raisons pragmatiques et avec ambivalence. Malgré les craintes relatives aux effets secondaires de certaines méthodes contraceptives en lien avec les perceptions locales du corps reproductif féminin et du sang menstruel [Castle, 2003 ; Trussell *et al.*, 1989], ces méthodes peuvent aussi être une source de résistance face au patriarcat et d'*empowerment*⁶ pour les femmes [Lopez, 1998 ; De Bessa, 2006]. Ainsi, même si plusieurs auteurs [Ali, 2002 ; Bledsoe, 2002 ; Pearce, 1995] ont montré que les contraceptifs et les idées occidentales véhiculées entrent parfois en conflit avec les cultures locales et les conceptions de la femme, du corps, de la sexualité et des structures maritales, il n'en demeure pas moins que ces nouvelles technologies contraceptives peuvent aussi avoir des implications importantes sur les relations entre l'homme et la femme [Thompson, Russell et Sobó, 2000].

3. Nous proposons le terme « agentivité » comme traduction française du concept d'agency développé par Giddens [1979] et qui réfère à la capacité d'un acteur à choisir entre différentes voies d'action à l'intérieur d'une structure sociale donnée.

4. L'étude de Stark [2000] sur l'utilisation clandestine des contraceptifs par les femmes au Bangladesh, dans un contexte social où les femmes manquent clairement d'autonomie, est très illustrative à ce sujet.

5. « Bien que notre travail mette en évidence l'impact des processus globaux sur les expériences reproductives de tous les jours, cela n'implique pas que le pouvoir de définir la reproduction est unidirectionnel. Les individus, partout dans le monde, utilisent activement leurs logiques locales et leurs relations sociales pour intégrer, réutiliser ou résister à l'influence de forces politiques et économiques en apparence distantes. » (Traduction de l'auteure)

6. Ce terme réfère au gain de pouvoir, à l'autonomisation d'un individu ou d'un groupe.

Cet article nous permettra donc de comprendre comment les femmes négocient leurs pratiques contraceptives, la position des hommes par rapport à la PF en milieu rural demeurant ambivalente. Alors que l'on a souvent considéré la maisonnée comme une entité de décision concertée et homogène, la négociation de la fécondité entre l'homme et la femme et les stratégies utilisées par chacun pour défendre ses intérêts mettent plutôt en évidence le côté dynamique et conflictuel des rapports sociaux de genre au sein de l'unité familiale [Sow, 2004]⁷.

Afin de comprendre davantage la dynamique de la négociation de la fécondité en milieu rural, nous nous pencherons d'abord sur les relations de genre et sur la manière dont se prennent les décisions en ce qui a trait à la démarche contraceptive. Nous explorerons ensuite comment l'utilisation des contraceptifs transforme certains aspects de la relation conjugale, puis nous aborderons la question du contrôle masculin de la fécondité et de la sexualité féminines. Nous tenterons enfin de définir davantage, notamment avec des exemples issus du terrain, quelle est la nature de l'espace de négociation créé par la disponibilité des contraceptifs et quelles sont ses limites, ce qui nous mènera aussi à aborder la clandestinité de certaines démarches contraceptives.

Contexte de l'enquête

Cet article se base sur une recherche qualitative de quatre mois effectuée dans sept villages de la région de Nouna, province de la Kossi, au Nord-Ouest du Burkina Faso. Il s'agit d'une région sahélienne isolée où les principales sources de revenu sont l'agriculture vivrière, pratiquée à la houe, et l'élevage. La province de la Kossi abrite une immense diversité ethnique et culturelle et l'on y compte plus de 15 ethnies. Quant aux pratiques religieuses, elles sont tout aussi variées, les religions principales étant l'Islam, le Catholicisme, le Protestantisme et l'Animisme (souvent pratiqué en syncretisme avec une autre des grandes religions).

La recherche s'est déroulée principalement dans les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) des villages enquêtés. Ces cliniques villageoises, fruit du processus de décentralisation des années 1980 au Burkina Faso, permettent d'offrir des soins de santé de base et des services de PF dans les zones rurales, mais leur utilisation demeure assez faible étant donné la mauvaise qualité des services, le manque de formation du personnel – ces centres ne disposent pas de médecins – le manque de ressources et de médicaments et la diminution du pouvoir d'achat de la population. La décentralisation a toutefois permis d'impliquer davantage les communautés et un réseau de sensibilisation s'est ainsi créé permettant à la plupart des couples d'être informés de l'existence des contraceptifs médicaux : le discours médical a fait sa place dans les milieux ruraux, incitant les citoyens à

7. De nombreux auteurs [Comaroff, 1991 ; Giddens, 1979 ; Carter, 1995 ; Kertzer, 1997] ont d'ailleurs souligné le degré d'autonomie des individus pour manipuler les codes culturels et le caractère dynamique de la culture, qui ne peut être considérée comme une entité fixe déterminant les comportements (comme c'est souvent le cas dans les études démographiques sur la PF).

prendre leur responsabilité en matière de PF face à la santé de leur famille, de la femme et des enfants et peu d'entre eux osent s'opposer à ce discours, même si la plupart n'y adhèrent pas encore. En effet, les familles nombreuses demeurent valorisées autant par la communauté que par les institutions religieuses qui soulignent l'importance des enfants dans le rôle social de la femme.

En général, en milieu rural burkinabé, l'utilisation des contraceptifs modernes est donc minime – en 2003, 10 % utilisaient une méthode quelconque dont 5,1 % une méthode moderne⁸ [Congo, 2007] – et les couples ont surtout recours à une contraception d'espacement, les contraceptifs étant utilisés pour de courtes périodes de temps entre les grossesses. Les femmes se marient et ont leur premier enfant très tôt et environ la moitié des femmes est en union polygame. L'indice synthétique de fécondité en milieu rural est de 7,3 et a peu changé depuis les dernières années, l'écart entre la connaissance des contraceptifs et la pratique contraceptive en milieu rural ne pouvant être attribué au manque de sensibilisation ou de disponibilité, mais bien au fort désir d'enfants : le nombre idéal d'enfants observé en 1999 était de 6,1 [Congo, 2007]. Malgré cette situation générale, certains couples, notamment les plus jeunes, désirent moins d'enfants et, dans ce cas, les contraceptifs peuvent être utilisés en vue d'une réduction de la fécondité, bien que ce soit encore une situation marginale.

Méthodologie

Notre méthodologie se base d'abord sur des discussions et entrevues informelles avec le personnel médical des CSPS et avec les représentants de divers organismes impliqués au niveau des programmes de PF au Burkina Faso, ainsi que sur une revue de littérature. De plus, une observation participante de quatre mois en milieu clinique, incluant des séjours dans les villages, ainsi qu'une soixantaine d'entrevues semi-dirigées avec des femmes et des hommes consultant aux services de planification familiale ou, au contraire, s'opposant à ces services, ont été menées. Notre collaboration avec le Centre de recherche en santé de Nouna (CRSN) nous a permis de recruter des participants dans les sept villages de l'enquête et de les convoquer en entrevue par le biais des infirmiers et des sages-femmes travaillant au sein des CSPS. Les entrevues se sont déroulées en *dioula*, langue véhiculaire locale, en présence d'une interprète originaire de la région. Les villages ont été choisis afin de saisir la grande diversité géographique, religieuse et ethnique de la région, mais aussi les différences en termes de prévalence contraceptive, certains villages ayant des taux très bas de prévalence contraceptive (2 %) et d'autres beaucoup plus élevés (27 %)⁹. Un résumé des caractéristiques socio-démographiques des 64 répondants figure dans le tableau ci-dessous. Notons

8. Les contraceptifs modernes offerts en milieu rural sont les préservatifs, la pilule, l'injection Dépo-Provera et le Norplant. Ils sont subventionnés en moyenne à 75 % [Capo-Chichi et Tougouri, 2007]. Les autres méthodes incluent les méthodes naturelles (calcul des jours) et traditionnelles (abstinence, retrait, gris-gris, amulettes, ceintures et décoctions).

9. Données tirées du Plan d'action 2007 du District sanitaire de Nouna, 2006.

également que le nombre moyen d'enfants par femme parmi les participants est de 5,6, le nombre moyen d'enfants décédés de 1,2 (ce qui fait un nombre moyen de grossesses par femme de 6,7) et l'espacement moyen entre les enfants est de 2,1 ans.

Tableau 1 – Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Caractéristiques des enquêtés	Effectifs
<i>Sexe</i>	
Homme	27
Femme	37
<i>Classes d'âges</i>	
20-29 ans	21
30-39 ans	19
40-49 ans	17
50 ans et plus	7
<i>Scolarité</i>	
Aucune	25
1 à 3 ans	3
4 à 6 ans	23
Plus de 6 ans	3
Coranique	10
<i>Statut matrimonial</i>	
Marié	61
Veuf	2
Divorcé	1
Monogame	42
Polygame	22
<i>Origine ethnique</i>	
Bwaba	32
Dafi	14
Mossi	6
Peul	5
Autre	7

<i>Religion*</i>	
Musulman	32
Catholique	24
Protestant	6
Animiste	2
<i>Utilisation de la PF</i>	
Oui	42
Non	22
Total	64

*Dans la région, les Bwaba sont majoritairement Chrétiens alors que les Dafî, les Mossi et les Peul sont Musulmans.

Relations de genre en contexte africain

La question du genre est pour le moins ardue à aborder dans le contexte africain, pour plusieurs raisons historiques et politiques. La lutte conjointe des hommes et des femmes contre le colonialisme, le désir de valorisation de la culture africaine et le rejet de certains stéréotypes occidentaux sur les femmes ainsi que les représentations différentes de la famille et du rôle de la femme, notamment dans un monde où la femme acquiert du prestige avec les enfants, ne sont que quelques éléments parmi d'autres qui ont contribué au rejet du féminisme occidental et à rendre pratiquement tabou le sujet du genre et du féminisme auprès des chercheurs et des intellectuels africains [Bombo dans Denis et Sappia, 2004]. Mais selon Imam et Sow [2004], l'étude des relations de genre en Afrique permet de faire valoir les inégalités et les rapports d'oppression entre la femme et l'homme. En effet, lorsqu'on aborde le sujet de la planification familiale en Afrique, on constate que la sexualité reste l'objet de constructions mythiques, religieuses et idéologiques et qu'elle est pensée dans des normes essentiellement masculines qui lui confèrent une stricte fonction de reproduction. [Sow, 2004] : « Le pouvoir des hommes réside encore largement dans le contrôle et l'appropriation de la fécondité des femmes. » [2004, p. 69].

Malgré certaines études [McGinn *et al.*, 1989] qui ont voulu montrer que les attitudes des hommes face à la PF en zone urbaine n'étaient pas aussi fermées qu'on avait tendance à le dire, il demeure qu'en milieu rural, les attentes des hommes en matière de descendance sont beaucoup plus élevées que celles des femmes et prédominent dans les décisions en matière de PF, leur niveau d'influence étant beaucoup plus élevé [Dodoo et Tempenis, 2002 ; Andro et Hertrich, 2001]. Ces auteurs soulignent d'ailleurs l'influence des hommes dans les décisions relatives à la fécondité, ce qui contredit l'idée que la femme puisse être un acteur reproductif indépendant [Ali, 2002]. Lors de nos entretiens, beaucoup de femmes expriment à la fois leur désir d'une fécondité moins élevée, notamment

à cause de la lourde charge des enfants dont elles s'occupent souvent seules, et la peur de décevoir le mari ou de lui désobéir en initiant une démarche contraceptive :

« Il ne faut pas compter sur la loi des hommes puisque si les enfants sont beaucoup, c'est toi la femme qui fatigue. (...) En tout cas, moi je ne veux plus d'enfants. Les hommes n'ont pas peur de faire trop d'enfants puisque si un jour ça chauffe, qu'il y a trop de dépenses, trop de maladies et que ça ne marche pas, ils vont fuir et te laisser avec les enfants ! »

(Cady a huit enfants et elle a fait deux fausses couches. Elle a utilisé le Norplant, mais l'a fait enlever récemment.)

Nos entretiens ont toutefois permis de percevoir qu'il existe en milieu rural des variations intergénérationnelles, religieuses et ethniques dans les rapports de genre, que ce soit concernant la communication entre les conjoints ou le degré d'influence de la femme dans les décisions. Ainsi, parmi les plus jeunes, l'influence de l'école, des campagnes de sensibilisation et des « idées de la ville » s'ajoute au désir de se distinguer de leurs aînés et de montrer qu'ils sont au courant des nouvelles valeurs issues du discours de la « modernité »¹⁰. Des variations sont aussi notables entre les différentes communautés, certaines étant beaucoup plus ouvertes à offrir un espace de discussion et de négociation à la femme et à suivre ses conseils, comme chez les Bwaba¹¹, alors que d'autres concèdent beaucoup plus difficilement à celle-ci cet espace, notamment chez les Mossi où la sphère féminine est bien séparée de la sphère masculine [Lallemand, 1977]. L'influence de l'Islam, pratiquée par les Peul, les Dafi et les Mossi, a été relevée, au cours de notre enquête, dans la compréhension du rôle et des devoirs de la femme, celle-ci ne pouvant prendre de décision par elle-même et ayant le devoir d'en informer le mari. Pourtant, ce sont souvent les femmes musulmanes qui utilisent les contraceptifs à l'insu du mari, le sujet de la PF semblant beaucoup plus difficile à aborder dans leur couple.

Les femmes à l'initiative de la démarche contraceptive

Les femmes fréquentent davantage les CSPS que les hommes : elles consultent les infirmiers pour l'accouchement, les tests post-nataux et pour la santé de leurs enfants. Elles reçoivent donc en premier les informations au sujet de la PF et connaissent mieux les différentes méthodes existantes que les hommes. Elles agissent le plus souvent comme des vecteurs d'information entre les infirmiers et leur mari, soit en proposant directement l'utilisation d'une méthode contraceptive, soit en le suggérant, attendant que ce soit le mari qui le propose et donne l'argent pour l'achat du contraceptif. L'approbation du mari demeure essentielle puisqu'il agit en autorité

10. Voir à cet effet l'excellente étude de Kanaanah [2000] sur les contraceptifs comme critère d'identité et de distinction sociale.

11. La société bwaba a depuis longtemps été caractérisée par les valeurs d'indépendance et de libre arbitre qu'elle privilégie, reconnaissant aux femmes et aux enfants le droit de respecter ces valeurs. Il semblerait que les femmes aient toujours été assez indépendantes, l'instabilité matrimoniale étant un élément structurel de cette société [Capron, 1973].

décisionnelle et fournit les moyens nécessaires pour entamer la démarche contraceptive. Les hommes ne vont toutefois pas accompagner leur femme à la clinique, domaine réservé aux femmes, et leur rôle se restreint à donner l'approbation, même s'il s'agit d'une approbation tacite. En effet, bien que chez les Bwaba, la plupart des femmes qui utilisaient le service de PF semblaient avoir discuté ouvertement de cette démarche avec leur époux, pour les autres groupes ethniques, il semblerait que le sujet ne soit pas facile à aborder, comme l'explique d'ailleurs Kalifa, un homme Mossi du village de Ira, un village particulièrement strict au niveau de l'Islam notamment à cause de la présence de populations wahhabites :

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

(Kalifa, 45 ans, a eu neuf enfants, mais trois sont décédés. Sa femme utilise le Norplant.)

Beaucoup de femmes que nous avons rencontrées ont souligné leur gêne à aborder le sujet avec leur mari, mais surtout leurs craintes face à sa réaction ou la peur que leurs idées ne soient pas écoutées. De nos discussions avec les infirmiers, nous avons pu comprendre que la sexualité demeure un sujet tabou en Afrique rurale, un sujet réservé aux personnes plus âgées et qui n'était abordé traditionnellement non pas sur la place publique ou même dans la maisonnée, mais à des occasions précises comme les initiations, l'excision ou la circoncision. L'approche actuelle des programmes de sensibilisation qui essaient de valoriser la communication au sein du couple doit donc être nuancée. En effet, la façon de prendre des décisions et d'aborder certains sujets délicats peut être très différente de l'approche occidentale, d'autres modes de communication, notamment le fait de passer par un intermédiaire, pouvant être utilisés [DeRose, 2004]. Stark [2000] a aussi mis en évidence un mode de communication indirect où les maris font semblant de ne pas être au courant afin de ne pas perdre la face par rapport à la communauté, mais laissent faire leur épouse – ce qui implicitement suppose leur approbation – par contre, ce sera la femme qui sera blâmée si le secret venait à être dévoilé :

« Through such means, women may assume the responsibility for defiance of social and familial values and have some satisfaction in their independant action, while allowing their husbands to maintain social respectability. Thus, couple, by not communicating directly about contraception, engage in an implicit agreement deal with competing economic realities and social demands¹². » [Stark, 2000, p. 193]

Dans plusieurs cas où les femmes prenaient des contraceptifs à l'insu du mari, nous avons pu cerner ce genre de situation qui est due notamment à la position

12. « Grâce à de tels moyens, les femmes assument la responsabilité de défier les valeurs sociales et familiales et obtiennent une certaine satisfaction de leur action indépendante, tout en permettant à leur mari de maintenir sa respectabilité sociale. Ainsi, en ne communiquant pas directement sur la contraception, le couple s'engage dans un accord implicite leur permettant de faire face à des réalités économiques en compétition avec les demandes de la société. » (Traduction de l'auteure)

ambivalente des hommes par rapport à l'utilisation des contraceptifs, ceux-ci étant soumis à des réalités économiques et sociales parfois en opposition.

Une influence positive sur la sexualité, la féminité et les relations conjugales

Plusieurs enquêtés mettent en avant les avantages de l'utilisation des contraceptifs hormonaux pour la vie sexuelle du couple, plus précisément formulée en terme de « disponibilité sexuelle » de la femme. Les hommes comme les femmes ont expliqué comment le fait d'utiliser les contraceptifs leur permettait de passer plus de temps ensemble et d'avoir des relations sans crainte que la femme ne soit enceinte, ce qui favoriserait le bonheur du couple, comme le soulignent ici Roland et Rosalie :

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

(Roland, 34 ans, a cinq enfants et sa femme utilise l'injection Dépo-Provera : ils ne veulent plus d'enfants.)

« C'est bien pour le couple puisque ça augmente la façon que mon mari m'aime, [elle rit beaucoup] maintenant j'ai su que vraiment mon mari m'aime vraiment. Quand je faisais mes enfants, si j'ai accouché, il y avait trop de maladies, si mon mari voulait me toucher¹³, je n'acceptais pas parce que j'étais en train de souffrir. Mais maintenant, comme j'ai placé le Norplant, même s'il veut me toucher, il n'y a pas de problèmes, il n'y a pas d'enfants qui vont nous gêner, donc j'ai su maintenant que mon mari m'aime tant. »

(Rosalie, 50 ans, a eu neuf enfants et deux autres qui sont décédés. Elle s'est faite poser un implant contraceptif il y a quelques années.)

Certaines féministes africaines ont montré comment l'abstinence comme institution sociale permet aux hommes une sexualité à l'extérieur du couple alors que cette sexualité est niée chez les femmes qui doivent s'abstenir plusieurs années [Pittin, 1983]. Les femmes de nos entretiens déclarent pouvoir mieux contrôler leur mari grâce aux contraceptifs puisque ce dernier aurait moins tendance à être infidèle ou à prendre une seconde épouse. Van de Walle [1993, p. 452] a aussi montré comment la perte des tabous d'abstinence en Afrique sub-saharienne a conduit à renforcer le couple et la famille nucléaire. En effet, la pratique de l'abstinence n'est possible que dans les cultures où le lien conjugal est faible, où la polygamie existe et où l'autorité de la famille élargie prédomine.

Outre l'apparition d'une sexualité sans risque de grossesse, le fait de pouvoir espacer les naissances amène aussi d'autres avantages qui concernent l'entente conjugale : selon les enquêtés, les femmes, moins accaparées par les enfants, ont davantage de temps pour entretenir la maison et discuter avec

13. L'expression africaine « toucher » est utilisée pour signifier de manière polie « avoir des rapports sexuels ».

leur mari, ce que soutiennent d'ailleurs Safiatou et Roland, deux jeunes répondants :

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

(Safiatou, 25 ans, a deux enfants et elle utilise l'injection Dépo-Provera.)

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

(Roland)

Un élément essentiel qui ressort également, du point de vue des femmes, est une réflexion sur leur féminité et leur désir de séduire dans une relation où les attentes en terme de nombre d'enfants entrent parfois en conflit avec ce désir. Les femmes désirent à la fois être de bonnes épouses en donnant beaucoup d'enfants à leur mari, et lui plaire en gardant le contrôle sur lui afin qu'il ne fréquente pas d'autres femmes. Certaines femmes expliquent donc qu'en utilisant les contraceptifs pour espacer davantage la naissance des enfants, elles peuvent mieux contrôler leur mari et ses allers et venues, d'abord parce que la maison demeure un environnement agréable et en diminuant les multiples problèmes d'une famille nombreuse, ensuite parce qu'elles ont le temps de se faire belle et de s'entretenir tout en étant davantage disponibles pour lui. « *Si tu fais la PF, tu pourras t'entretenir toi-même, ta cour et tout, donc pour cela aussi ton mari ne va pas sortir chercher des filles ailleurs* », explique Bernadette, 26 ans, qui a eu huit enfants et aimerait bien utiliser la PF comme certaines de ses amies, mais dont le mari refuse. Il semblerait donc que la femme gagne certains pouvoirs dans l'espace conjugal grâce à l'utilisation des contraceptifs et que ceux-ci influencent positivement l'entente entre l'homme et la femme. Bien que pour le moment, il ne s'agisse pas d'un motif principal pour utiliser la PF (les questions économiques et médicales étant plus importantes dans les décisions), il est possible que cela devienne un des critères dans le désir des prochaines générations. Il importe par contre de ne pas oublier que cette « disponibilité sexuelle » de la femme, bien qu'elle procure plusieurs avantages, implique tout de même un cadre relationnel asymétrique entre hommes et femmes, ces dernières demeurant assujetties à la domination masculine en matière de sexualité, comme nous le verrons d'ailleurs dans la section suivante.

Les réticences des hommes

La peur de perdre le contrôle sur la sexualité de leur femme, sur sa fécondité, ou sur la manière dont elle dispose de son temps, constitue un obstacle pour beaucoup d'hommes à l'utilisation des contraceptifs hormonaux. Tout d'abord, l'appropriation de la fécondité de la femme permet aux hommes d'obtenir une famille nombreuse. Beaucoup, comme Pierre, 27 ans, qui a cinq enfants et en veut d'autres, préfèrent

donc attendre d'avoir eu tous les enfants désirés avant d'accepter que leur femme ne prenne une méthode contraceptive, craignant que la femme puisse contrôler sa fécondité sans que l'homme ne puisse intervenir : « *Non, je ne veux pas qu'elle prenne l'injection. Je veux d'autres enfants. Je vais faire le nombre d'enfants que j'ai besoin, quand ce nombre va arriver, je vais venir faire l'injection.* » Pour cette raison, d'autres hommes acceptent que la femme vienne faire une ou deux injections entre les grossesses, puis insistent pour que celle-ci arrête la méthode dès que l'enfant marche, comme dans le cas de Bernadette, 26 ans, dont le mari a refusé qu'elle continue le Dépo-Provera après deux injections. L'appropriation de la fécondité féminine permet aussi aux hommes de garder la femme occupée avec les enfants, de monopoliser en quelque sorte son temps et de s'assurer qu'elle ne sortira pas voir d'autres hommes. C'est donc aussi la peur de perdre le contrôle sur la sexualité des femmes qui inquiète énormément les hommes, cette sexualité se trouvant, grâce aux contraceptifs, dissociée de la grossesse et de l'engendrement.

« Si ma femme vient faire la PF en cachette, je vais être fâché puisque c'est comme ça que les femmes en profitent pour sortir dehors chercher des garçons. (...) Oui, c'est ça qui provoque ça, comme la femme ne peut pas tomber enceinte, elle ne respecte plus la loi, c'est pour cela qu'elle sort librement chercher des garçons. » (Paul, 41 ans, a trois enfants et il en veut d'autres. Il se positionne contre l'utilisation des contraceptifs.)

Beaucoup de femmes expliquent d'ailleurs que c'est en écoutant leur mari discuter avec des amis qu'elles ont appris son opinion négative par rapport à la PF en lien avec l'idée de libertinage.

L'élément central qui justifie les réticences des hommes par rapport à la PF n'est donc pas lié à un manque d'information, mais bien à la peur de perdre le contrôle sur la fécondité et sur la sexualité des femmes, à la fois individuellement, mais aussi socialement. Ce sont les femmes qui reproduisent « physiquement » la société et l'utilisation des contraceptifs touche directement à la reproduction sociale et à l'existence même de cette société. Le contrôle du corps de la femme et de sa fécondité est aussi un contrôle de la société, ce qui place d'ailleurs la PF au carrefour des deux facettes du biopouvoir foucauldien [Foucault, 1976]. Deux pouvoirs opposés s'exercent ainsi à travers le corps des femmes : par le biais des campagnes de PF, qui ont comme objectif de freiner la croissance démographique de la région, et par le biais des hommes, qui contrôlent une communauté valorisant la fécondité. C'est dans ce contexte complexe que nous tenterons finalement de comprendre comment les femmes utilisent les contraceptifs comme outils d'*empowerment* face au pouvoir masculin et à des relations de pouvoir inégales.

Un espace de négociation et ses limites

La disponibilité des contraceptifs permet aux femmes de négocier leur fécondité de différentes façons. Tout d'abord, l'utilisation du discours médical véhiculé par les infirmiers et donc la « justification par la santé » peut servir d'argument

aux femmes pour faire comprendre au mari la nécessité d'utiliser la PF en lien avec les idées de mortalité infantile et de santé maternelle.

« Le dernier enfant qui est décédé, il était serré ¹⁴, alors j'ai dit à mon mari : voilà ! J'avais déjà parlé de faire la PF et lui il refusait, alors comme l'enfant est décédé maintenant, j'ai dit à mon mari : tu vois, tu ne voulais pas faire la PF et maintenant il est décédé. Alors il a dit oui, tu as raison, tu vas accoucher de celui-là et ensuite on fera la PF et nous sommes venus à deux faire la PF. »
(Cady, 35 ans, 8 enfants, s'est fait insérer un implant contraceptif.)

La justification par la santé, autant par les femmes que par les infirmiers, masque par contre les raisons réelles et plus profondes du désir de planification familiale, et dans bien des cas, le mari voudra que sa femme arrête l'utilisation du contraceptif si la santé de celle-ci se porte bien ou dès que la possibilité d'une fausse-couche ou d'un décès d'enfant est écartée. Ainsi, même si la femme réussit à convaincre son mari d'utiliser la PF, celui-ci négociera la durée de la méthode et il arrive que les conjoints se confrontent sur le choix de la méthode : les femmes préférant le Norplant, qui dure de 4 à 5 ans une fois inséré, et les hommes préférant l'injection Dépo-Provera, qui ne dure que trois mois.

L'éducation est aussi un outil de négociation important pour les femmes qui sont alors plus à l'aise d'exprimer leurs idées et de montrer ce qui leur a été enseigné : « *Mon mari n'a pas fréquenté [l'école], c'est moi qui ai fréquenté, donc c'est moi qui parle comme ça : comment on peut faire, si on fait ça c'est bon, si on ne fait pas ça ce n'est pas bon.* » (Justine, 29 ans, a quatre enfants et utilise le Norplant.) De plus, les infirmiers agissent souvent comme médiateurs : les femmes connaissent leur influence et savent l'utiliser. Dans bien des cas, les infirmiers prennent le parti de la femme et l'aident à convaincre son mari, comme dans le cas décrit ci-dessous :

« On a eu un cas comme ça, la femme avait inséré son Norplant, son enfant avait deux ans et demi, et le mari voulait une grossesse, mais ce qu'elle m'a fait savoir c'est que quand elle est enceinte, le mari ne s'occupe pas d'elle, il passe son temps à la bastonner, donc elle ne désirait pas de grossesse. Donc quand ces problèmes sont posés... La femme est venue avec son mari qui insistait pour qu'on enlève le Norplant. La femme voulait qu'on fasse une cicatrice pour ruser le mari, mais on a décidé de parler avec le mari. J'ai discuté avec lui trente minutes pour le convaincre des bienfaits de la PF, mais il n'a pas essayé de comprendre. On a donc retiré l'implant, mais on a donné une autre méthode à la femme à l'insu du mari (...) En attendant que les deux réfléchissent et s'entendent, on a donné l'injectable à la femme. »
(Mamadou, maïeuticien au CSPS de Nouna)

Finalement, le fonctionnement même des contraceptifs hormonaux augmente le pouvoir de négociation de la femme par rapport à sa fécondité. En effet, ces technologies contraceptives ne nécessitent que la participation de la femme,

14. Expression utilisée pour parler de grossesses rapprochées.

contrairement aux méthodes naturelles de calcul des jours¹⁵ ou aux préservatifs, et les femmes sentent donc qu'elles ont davantage de contrôle :

« Après le premier enfant, je voulais venir pour payer les comprimés [pilule], mais mon mari ne voulait pas, c'est la capote qu'il utilisait. (...) Quand l'enfant a grandi, lui, il a cessé d'utiliser le préservatif, mais moi je ne voulais pas encore d'enfants à ce moment, donc c'est pour cela que je suis venue payer pour ces méthodes-là. (...) J'ai plus confiance avec ces méthodes-là qu'avec la capote. »
(Mariam, 29 ans, a quatre enfants et elle a utilisé plusieurs méthodes contraceptives hormonales à l'insu de son mari.)

Les méthodes hormonales diminuent le pouvoir de décision de l'homme au profit de celui de la femme qui peut les utiliser sans son consentement, ce qui ne plaît pas aux hommes qui se sentent parfois lésés dans leur autorité et dans leurs désirs. Le pouvoir de négociation des femmes a donc des limites et il importe de rappeler que les rapports de force dans les relations de genre ne sont pas égaux. L'homme peut forcer sa femme à faire enlever son Norplant ou à arrêter la prise de l'injection ou de la pilule, comme ce fut le cas pour Cady : « *C'est lui qui a dit de venir enlever ça. C'est lui qui a décidé ça. Et comme avant il avait d'abord accepté, donc maintenant s'il veut l'enlever, je ne peux pas dépasser la parole de mon mari.* » En effet, pour la majorité des répondantes, comme la femme vit chez son mari, elle lui doit obéissance et, bien qu'elle puisse essayer de le convaincre par différents moyens, elle ne peut aller au-delà de sa décision.

Pratiques contraceptives cachées

Certaines femmes choisissent de prendre des contraceptifs en cachette, ce qui est possible depuis le milieu des années 1990 au Burkina Faso grâce au service de confidentialité des CSPS qui précise que l'autorisation du mari n'est plus nécessaire. Ce comportement clandestin est très mal vu et critiqué dans les communautés, notamment chez les Musulmans puisqu'il va contre la Loi coranique. La peur des répercussions sur le couple, la perte de la confiance que l'homme a en son épouse et les problèmes sérieux que pourrait avoir la femme, notamment le divorce, si son secret venait à être dévoilé ont été abordés en entrevue. Les allusions au risque de violence étaient aussi nombreuses. Comme le dit Ousseni, qui a 28 ans et deux enfants : « *Si la femme se cache pour faire, ce n'est pas sérieux, le jour où tu es au courant ce sera chaud !* » Les femmes qui décident d'utiliser les contraceptifs à l'insu de leur mari doivent donc se cacher, non seulement de celui-ci, mais de la communauté en général.

Parmi les femmes que nous avons eues en entrevue et qui prenaient des contraceptifs à l'insu de leur mari¹⁶, nous avons pu cerner la volonté d'agir pour leur

15. Ces méthodes sont enseignées par les marabouts ou par l'église catholique qui offre des formations de « préparation au mariage ».

16. Il a été difficile de rencontrer ces femmes puisque la plupart nient qu'elles utilisent la PF et ne

bien-être et celui de leurs enfants malgré les contraintes sociales. Ces femmes sont proactives et font preuve de débrouillardise, notamment pour réussir à trouver l'argent nécessaire pour venir faire la PF.

« Moi j'ai fait beaucoup de grossesses comme ça, je fatigue beaucoup, et puis les gens ont commencé à parler à mon mari pour lui dire que si la femme prend trop de grossesses, elle souffre, donc il doit venir à l'hôpital pour la PF et il a dit que oui, il a compris. Mais j'ai accouché et il n'est pas retourné à l'hôpital et ne parle plus de PF donc je suis venue faire la PF en cachette. (...) C'est avec mon argent que je paie puisque mon mari n'est pas au courant. Je vends des galettes donc je me débrouille, mais ça ne fait pas beaucoup d'argent. »

(Kadi, 39 ans, a huit enfants et elle utilise l'injection Dépo-Provera. Elle a dû arrêter récemment car elle n'avait pas assez d'argent mais elle veut recommencer.)

Des stratégies sont ainsi élaborées pour ne pas informer le mari, la première étant le choix de la méthode. À ce niveau, l'injection Dépo-Provera est la méthode qui risque le moins d'être découverte par le mari¹⁷. De plus, les contraceptifs sont utilisés surtout pour espacer les naissances de sorte que le mari croit à un espacement naturel. Beaucoup de femmes qui prennent des contraceptifs clandestinement sont en union polygame (souvent la deuxième ou la troisième épouse), ce qui favorise le fait qu'elles puissent utiliser les contraceptifs à l'insu du mari, ce dernier ayant déjà eu beaucoup d'enfants et surveillant moins ses plus jeunes femmes.

Les femmes qui utilisent des contraceptifs en cachette doivent aussi être prêtes à affronter leur mari s'il le découvre et les réactions peuvent être multiples, amenant le mari à se positionner par rapport à la PF. Mariam, qui a 29 ans et quatre enfants, raconte la réaction de son mari :

« Lorsqu'il a su, il a dit que comme j'avais de l'argent, c'est pour cela que je n'écoutais pas ce qu'il m'avait dit. Puis il m'a dit de venir l'enlever [le Norplant]. (...) Non. Il ne m'a pas tapé, il ne m'a pas insulté, mais j'ai su moi-même qu'il était fâché donc je suis venue l'enlever. Mon mari n'a dit ça à personne, mais si j'avais gardé ça, on se serait bagarré. »

Dans beaucoup de cas, les femmes qui agissent à l'insu du mari n'ont pas eu l'occasion d'en parler avec lui avant ; soit elles n'osaient pas, soit elles ne désiraient pas le faire. Le fait que le mari découvre le secret mène alors à une discussion sur le sujet qui a souvent lieu pour la première fois. Parfois cette discussion débouche sur un refus du mari, mais dans certains cas, les deux finissent par s'entendre et le mari accepte. Le fait d'utiliser la PF à l'insu du mari n'est donc pas seulement l'expression d'un échec des négociations et une voie de non-retour, ce comportement peut aussi mener à une discussion sur le sujet, dans un contexte où la communication par rapport à la sexualité est difficile entre les conjoints.

veulent pas être dévoilées. Au niveau éthique, des stratégies ont été élaborées pour protéger le secret de celles qui sont venues.

17. Les plaquettes de pilule sont difficiles à cacher et l'implant contraceptif laisse une marque visible sur le bras, alors que l'injection hormonale passe inaperçue.

Conclusion

Les contraceptifs hormonaux offrent aux femmes un moyen de négocier leur fécondité et d'espacer davantage les naissances des enfants en utilisant le prétexte de la santé et sachant les avantages qu'elle gagne au niveau de l'entente dans le couple et de sa place dans la maisonnée. Mais il demeure que dans le contexte patriarcal des sociétés rurales burkinabé, les hommes ont le dernier mot, pouvant limiter la durée d'utilisation d'une méthode ou demander son arrêt. La position des hommes par rapport à la PF est ambivalente car bien que ceux-ci désirent une famille nombreuse et veulent s'assurer de garder le contrôle sur la sexualité et sur la fécondité de leur femme, ils vivent aussi les difficultés d'une famille nombreuse et conçoivent les avantages de la pratique contraceptive sur la santé des enfants et par rapport à l'entente conjugale. Certains vont ainsi accepter que leur femme utilise des contraceptifs ou lui donnent un accord tacite. Les programmes de planification familiale ont donc leur place en milieu rural burkinabé parce qu'ils offrent une opportunité pour beaucoup de femmes de faire valoir leurs droits et constituent parfois pour les couples un moyen de planifier les naissances en lien avec de nouvelles conceptions du couple et de la famille. Mais les utilisations cachées et le manque de pouvoir de négociation de plusieurs femmes face à la contraception laissent à penser qu'il importe également que les inégalités de genre soient considérées, de même que les problèmes de santé reproductive et les difficultés économiques auxquels font face les familles, afin que l'on puisse vraiment parler de « choix » en matière de fécondité en milieu rural burkinabé.

BIBLIOGRAPHIE

- ALI K. A. [2002], « Faulty deployments : Persuading women and constructing choice in Egypt », *Comparative Studies in Society and History*, vol. 44, n° 2, p. 370-394.
- ANDRO A., HERTRICH V. [2001], « Contraceptive demand in the Sahel : convergence of views between men and their wives », *Population*, vol. 56, n° 5, p. 721-772.
- BLEDSON C. [2002], *Contingent lives : fertility, time, and aging in West Africa*, Chicago. University of Chicago Press, 396 p.
- CAPO-CHICHI V., TOUGOURI J. [2007], *Segmentation du marché des contraceptifs au Burkina Faso*, Promaco and UNFPA (eds), Ouagadougou, Direction de la Santé de la Famille (DSF), 77 p.
- CAPRON J. [1973], *Communautés villageoises bwa : Mali, Haute Volta*, Paris, Institut d'ethnologie, 380 p.
- CARTER A. T. [1995], « Agency and Fertility : For an Ethnography of Practice », *Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 55-85.
- CASTLE S. [2003], « Factors Influencing Young Malians' Reluctance to Use Hormonal Contraceptives », *Studies in Family Planning*, vol. 34, n° 3, p. 186-199.
- CASTRO A. [2004], « Anthropology and Health Policy : A Critical Perspective », *Unhealthy*

- health policy : a critical anthropological examination*, Walnut Creek, California, AltaMira Press, p. 133-144.
- COMAROFF J., COMAROFF J.L. [1991], *Of revelation and revolution*, Chicago, University of Chicago Press, 612 p.
- CONGO Z. [2007], *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle*, Paris, Centre Population et Développement, 72 p.
- CRANE B. B., FINKLE J. L. [1981], « Organizational Impediments to Development Assistance : The World Bank's Population Program », *World Politics*, n° 33, p. 516-553.
- DE BESSA G. H. [2006], « Medicalization, Reproductive Agency, and the Desire for Surgical Sterilization among Low-Income Women in Urban Brazil », *Medical Anthropology*, vol. 25, n° 3, p. 221-263.
- DENIS P., SAPPICIA C. [2004], *Femmes d'Afrique dans une société en mutation*, Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia, 210 p.
- DEROSE L. F. *et al.* [2004], « Does Discussion of Family Planning Improve Knowledge of Partner's Attitude toward Contraceptives ? », *International Family Planning Perspectives*, vol. 30, n° 2, p. 87-93.
- DESALLIERS J. [2009], « Médicalisation de la pauvreté et discipline des corps reproductifs : la famille et l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural au Burkina Faso », *Altérités*, vol. 5, n° 3, p. 46-65.
- DODOO F. N.-A., TEMPENIS M. [2002], « Gender, Power, and Reproduction : Rural-Urban Differences in the Relationship Between Fertility Goals and Contraceptive Use in Kenya », *Rural Sociology*, vol. 67, n° 1, p. 46-70.
- FINKLE J.-L., CRANE B. B. [1975], « The Politics of Bucharest : Population, Development, and the New International Economic Order », *Population and Development Review*, vol. 1, n° 1, p. 87-114.
- FINKLE J. L., CRANE B. B. [1985], « Ideology and Politics at Mexico City : The United States at the 1984 International Conference on Population Order », *Population and Development Review*, n° 11, p. 1-28.
- FOUCAULT M. [1976], *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 211 p.
- GIDDENS A. [1979], *Central problems in social theory : action, structure, and contradiction in social analysis*, Berkeley, University of California Press.
- GINSBURG F. D., RAPP R. (éds) [1995], *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, Berkeley, University of California Press, 450 p.
- GREENHALGH S. [2005] « Globalization and Population Governance in China », *Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship*, Malden, Blackwell Publishing, p. 354-372.
- HARTMANN B. [1995], *Reproductive rights and wrongs : the global politics of population control*, Boston, Mass, South End Press, 388 p.
- IMAN A. M., MAMA A., SOW F. [2004], *Sexe, genre et société. Engendrer les sciences sociales africaines*, Paris, Karthala, 461 p.
- JEFFERY P., JEFFERY R. [2002], « "We five, our twenty-five". Myths of Population Out of Control in Contemporary India », *New horizons in medical anthropology : essays in honour of Charles Leslie*, London, New York, Routledge, p. 172-199.
- KANAANEH R. [2000], « New Reproductive Rights and Wrongs in the Galilee », *Contraception across cultures : technologies, choices, constraints*, Oxford, New York, Berg, p. 161-178.

- KERTZER D. I. [1997], « The Proper Role of Culture in Demographic Explanation », *The continuing demographic transition*, Oxford, Oxford University Press, p. 137-157.
- LALLEMAND S. [1977], *Une famille mossi*, Recherches voltaïques 17, CNRS-CVRS, 380 p.
- LOCK M. M., KAUFERT P. A. [1998], *Pragmatic women and body politics*, New York, Cambridge University Press, 382 p.
- LOPEZ I. [1998], « An ethnography of the medicalization of Puerto Rican women's reproduction », *Pragmatic women and body politics*, New York, Cambridge University Press, p. 240-259.
- MCGINN T., BAMBA A., BALMA M. [1989], « Male Knowledge, Use and Attitudes Regarding Family Plannins in Burkina Faso », *International Family Planning Perspectives*, vol. 15, n° 3, p. 84-87.
- MEILLASSOUX C. [1991], « La leçon de Malthus : Le contrôle démographique par la faim », *Les spectres de Malthus : déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques*, Paris, Études et documentation internationales, p. 15-32.
- MORSY S. A. [1995], « Deadly Reproduction among Egyptian Women : Maternal Mortality and the Medicalization of Population Control », *Conceiving The New World Order. The Global Politics of Reproduction*, Berkeley, University of California Press, p. 162-176.
- PEARCE T. O. [1995], « Women's Reproductive Practices and Biomedicine : Cultural Conflicts and Transformations in Nigeria », *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, Berkeley, University of California Press, p. 195-208.
- PITTIN R. [1983], « The Control of Reproduction : Principle and Practice in Nigeria », *Women and the Family in Nigeria*, Dakar, Codesriap, p. 93-118.
- RICHEY L. A. [2004], « From the Policies to the Clinics : The Reproductive Health paradox in Post-Adjustment Health Care », *World Development*, vol. 32, n° 6, p. 923-940.
- SALA-DIAKANDA D. M. [2000], « La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité », in *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, p. 13-46.
- STARK N. [2000], « My Body, My Problem : Contraceptive Decision-Making among Rural Bangladeshi Women », *Contraception across cultures : technologies, choices, constraints*, Oxford, New York, Berg, p. 179-198.
- THOMPSON M. S., RUSSELL A., SOBO E. J. (éds) [2000], *Contraception across cultures : technologies, choices, constraints*, Oxford, New York, Berg, 252 p.
- TRUSSELL J., VAN DE WALLE E., VAN DE WALLE F. [1989], « Norms and Behaviour in Burkinabe Fertility », *Population Studies*, vol. 43, n° 3, p. 429-454.
- VAN DE WALLE E., VAN DE WALLE F. [1993], « Post-partum Sexual Abstinence in Tropical Africa », *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*, Oxford, Clarendon Press, p. 446-460.

Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine

*Cyril Desjeux**

Quand on ouvre le livre « dictionnaire du corps » dirigé par Bernard Andrieu et Gilles Boëtsch on peut lire, à la fin de l'entrée « contraception » : « les hommes n'ont d'ailleurs jamais formulé le souhait ou le besoin de prendre ou de partager la responsabilité du contrôle de la reproduction » [Guyard, 2008, p. 79]. Cette phrase s'appuie sur l'article « contraception masculine et querelle de genre » de Nelly Oudshoorn qui a analysé le développement de la contraception hormonale masculine [Oudshoorn, 1999]. Dans cet article, il n'est cependant pas question des usagers, mais des représentations que les journalistes, les féministes, les scientifiques en ont. Pour certains, journalistes ou féministes, les hommes sont trop sensibles à la douleur et trop peu « compliants »¹ pour une contraception hormonale proposée sous forme d'injection. Ils risquent par ailleurs de remettre en question le droit pour les femmes à disposer de leur corps que la contraception féminine a apporté. Pour d'autres, là aussi féministes, mais aussi et surtout scientifiques, un discours plus positif construit l'image d'hommes aptes à partager les contraintes contraceptives. Nelly Oudshoorn fait état de certains sondages qui montrent que des hommes (66 %) et des femmes (67 %) sont favorables à de nouvelles formes de contraception masculine.

En analysant les pratiques, les représentations et les attentes masculines en matière de contraception à travers une enquête par entretien menée auprès de soixante sept personnes, on a pu montrer que dans les diverses positions qui existent dans ce domaine, on trouve des hommes qui ont la volonté de partager les responsabilités contraceptives (Desjeux, 2009). Bien que la contraception soit pensée comme « une affaire de femme », certains hommes se sentent concernés par la maîtrise de la fécondité ou ont des pratiques contraceptives. Il existe une tension entre le fait que la grossesse, qui est vécue corporellement seulement par les femmes, rende légitime leur maîtrise de l'acte contraceptif et le fait que le

* Consultant-Chercheur. Docteur en sociologie (EHESS et Sorbonne Paris-Descartes).

1. Terme dérivé de « compliance » désignant la rigueur avec laquelle un malade suit le traitement qui lui est prescrit.

processus procréatif plus général qui matérialise des enjeux mutuels entre les deux partenaires, peut impliquer un investissement masculin dans la contraception.

Il est indéniable que les hommes se sentent moins responsables de la contraception que les femmes [Bajos, Beltzer, 2008]. Cependant, si l'on s'intéresse plus particulièrement aux interactions entre les femmes et les hommes, la réalité offre une variété de positionnements. Ainsi, quand on analyse les engagements que les hommes sont prêts à prendre dans la responsabilité contraceptive, on voit apparaître des logiques de domination et de mise en retrait, mais également de soutien. L'objectif de cet article est de mettre plus particulièrement en valeur cette troisième logique. La première partie décrit un premier scénario possible au sujet de l'histoire de la contraception hormonale masculine dans les années 1980. Les éléments de description qu'ils offrent feront apparaître les principaux freins à son développement. Nous verrons alors que s'il existe des réticences de la part des hommes, ce sont aussi et surtout les freins économiques et culturels qui expliquent l'absence de développement des contraceptifs masculins. Les deux parties suivantes s'intéressent aux raisons et aux différentes manières dont les hommes s'investissent dans la contraception.

Méthodologie

Le matériau analysé ici est constitué d'articles de presse des années 1980 et d'une enquête menée auprès de 26 hommes, 23 femmes, 16 professionnels de la santé (2 urologues, 2 andrologues, 4 spécialistes de la reproduction masculine, 3 gynécologues, 1 gynécologue-andrologue, 1 médecin généraliste, 1 infirmière dans un hôpital, 1 professionnelle du planning familial et 1 pharmacien) et 2 anciens membres d'Ardecom (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine). Les enquêtés ont été recrutés par la méthode « boule-de-neige ». Les personnes interrogées ont entre 20 et 40 ans avec une plus forte proportion entre 20 et 30 ans (17 hommes et 17 femmes). Plus de la moitié des hommes interrogés se déclarent en couple (19) et 4 d'entre eux ont des enfants en bas âge (moins de cinq ans). Officiellement, tous ces hommes ont des pratiques sexuelles exclusivement avec des femmes. Ils sont une plus forte proportion à être de classe moyenne (42) bien que 6 puissent être assimilés à la classe moyenne supérieure et 4 au milieu populaire. Les principales méthodes de contraception utilisées par les enquêtés ont été le préservatif, la pilule et le coït interrompu. Cette répartition s'explique par le jeune âge des enquêtés où les méthodes non médicales et la pilule sont privilégiées en début de vie sexuelle et conjugale [Bajos, Ferrand, 2005].

La contraception masculine en retrait : histoire des technologies et histoires de genre

Un éventail très restreint de méthodes possibles

Percevoir les hommes comme irresponsables relève d'une construction historique et culturelle. En effet, aujourd'hui, quatre méthodes de contraception

masculine anciennes et plus ou moins efficaces s'offrent aux hommes : l'abstinence, le coït interrompu, la vasectomie et le préservatif. Les deux premières pratiques sont des méthodes dites naturelles. Historiquement les plus utilisées (au moins depuis l'Antiquité), elles sont aussi classiquement considérées comme les moins fiables. Le coït interrompu qui consiste à se retirer avant l'éjaculation, fut enseigné aux femmes au XVII^e siècle [Van De Walle, 2005]. Pour autant, elle reste une méthode considérée avant tout masculine qui fut très utilisée avant l'arrivée des contraceptions féminines médicalisées. Avec leur apparition, « les hommes se trouvent ainsi dessaisis d'une forme de responsabilité qui leur incombait en grande partie » [Jaspard, 2005, p. 58].

La troisième méthode consiste à subir une opération pour ligaturer les canaux déférents, empêchant le sperme de se mélanger au liquide séminal. La vasectomie n'est légalisée que depuis 2001 et reste peu utilisée en France [Jardin, 2008]. Dans ce pays, elle concerne moins de 5 % des hommes (seulement une centaine par an y a recours) et seulement 0,3 % des femmes disent avoir un partenaire ayant eu recours à une vasectomie dans un but contraceptif. En Amérique du Nord, elle concerne 26 % des hommes qui ont entre 50 et 70 ans et aux États-Unis environ 500 000 vasectomies à visée contraceptive sont réalisées chaque année (9 % des femmes aux États-Unis disent avoir un partenaire vasectomisé) [Giami, Leridon, 2000, p. 21-22]. Symbole de castration ou d'eugénisme dans le discours médical, peu génératrice de profits pour les industriels, la vasectomie semble peu adaptée à la culture française [Jardin, 2008].

Enfin, il y a le préservatif masculin. Depuis la campagne de sensibilisation initiée en 2000 par les autorités sanitaires en France (« *La contraception, à vous de choisir la vôtre* »), il est promu dans sa fonction contraceptive. Cependant, le Planning familial a longtemps considéré cette méthode inefficace pour cette fonction et il était principalement envisagé dans sa fonction protectrice contre les IST (Infection Sexuellement Transmissible) et le VIH. Aujourd'hui, il est massivement utilisé lors du premier rapport sexuel (90 %), mais son usage décline par la suite au profit de la pilule [Bajos, Beltzer, 2008].

Une recherche et un développement balbutiant depuis 50 ans

Alors que 13 nouveaux contraceptifs féminins ont été mis sur le marché depuis la seconde guerre mondiale, rien n'a changé pour les hommes. Le développement des connaissances nécessaires à la mise au point de nouvelles contraceptions masculines est de fait plus difficile que celui nécessaire aux avancées en matière de contraception féminine. Deux raisons peuvent expliquer cette asymétrie :

D'une part, les recherches sur les hormones dites féminines ont été plus importantes : les gynécologues avaient à leur disposition plus de matériaux biologiques que pour les hormones dites mâles. Dès les années 1930, les collaborations entre des chercheurs et des industriels ont participé à construire un contexte favorable au développement de la recherche sur les hormones dites féminines [Löwy, 2007].

Alors que les matériaux biologiques permettant d'étudier les hormones sexuelles féminines (placentas, ovaires, urines de femmes enceintes, etc) sont recueillis par des structures qui communiquent entre elles dans la sphère médicale, les hormones sexuelles mâles sont elles recueillies dans des institutions sans lien avec le monde médical : prison, usine, caserne militaire. Ainsi, « l'asymétrie dans les structures organisationnelles a fait du corps féminin le point d'orgue de l'entreprise hormonale » [Oudshoorn, 2000, p. 40].

D'autre part, dans les années 1930 à 1940, des firmes pharmaceutiques ont impulsé des recherches dans la fabrication d'hormones dites masculines mais leur mise en pratique a trouvé plus particulièrement un intérêt dans l'armée allemande de la seconde guerre mondiale et les problèmes de fertilité masculine. Le but était d'avoir une armée d'hommes virils, puissants et performants, et d'augmenter les capacités reproductives. Cette recherche sur les hormones dites mâles s'arrêtera avec la fin de la guerre [Gaudillière, 2003]. La mise en place d'une dynamique de recherche sur le corps masculin et son fonctionnement hormonal a été fragmentée et réduite dans le temps, limitant la possibilité de trouver une contraception masculine médicalisée.

C'est en 1950 que l'on découvre une possibilité hormonale permettant aux hommes de maîtriser leur fécondité : « Heller *et al.* cherchant à stimuler la spermatogénèse par l'administration de propionate de testostérone (hormone masculine) à différentes doses, ont observé que l'administration quotidienne de 25 mg de cet androgène pendant 24 à 99 jours consécutifs provoquait une azoospermie (moins de 3 millions de spermatozoïdes par millilitre de sperme) » [Soufir, 1996, p. 277-283]. Ce n'est qu'à partir de 1979 que des essais de contraception hormonale masculine commencent à apparaître en France. Ils prendront d'abord la forme d'une pilule (progestative) associée à une lotion (testostérone) [Ardecom, 1980a]. Par la suite, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) mettra en place un projet dans le cadre du programme de la banque mondiale de la recherche, du développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, de 1985 à 1996 pour expérimenter l'injection d'éthandiate de testostérone. Son efficacité contraceptive sera testée auprès de 500 couples suivis pendant 18 mois. L'étude sera menée auprès d'hommes ayant entre 21 et 45 ans, dans 15 centres de 9 pays à travers le monde (dont 2 en Australie, 4 en Chine, 1 en Hongrie, 2 au Royaume-Uni, 1 à Singapour, 1 en Suède et 1 en Thaïlande) [Recherche et Santé 3^e trimestre, 1996]. On peut également faire mention des essais du Docteur Mieusset pour la recherche d'une contraception masculine non hormonale dans les années 1980. En utilisant un slip serré qui faisait remonter les testicules contre la paroi abdominale, leur température augmentait de 1^o à 2^o produisant une baisse du nombre de spermatozoïdes [Bujen, Mieusset, 1995].

Des freins économiques et culturels

Néanmoins, aucune de ces trois méthodes ne se développera réellement pour deux raisons principales :

Premièrement le développement d'une contraception hormonale masculine ne répond pas vraiment aux enjeux économiques des laboratoires pharmaceutiques. Friedericke Weber-Dielt du groupe Schering estime que le développement de l'injection d'énanthate de testostérone coûterait près de 250 millions de dollars, et ne « vaudrait pas le coup car l'investissement resterait disproportionné par rapport au coût » [*Courrier international*, n° 338, 1997]. La contraception masculine médicalisée peut donc à la fois faire concurrence à la contraception féminine et au contraire rester totalement marginale². Ces méthodes restent donc peu connues, ce qui limite le nombre de demande. Par ailleurs, l'énanthate de testostérone obtiendra une autorisation de mise sur le marché, mais pas dans un but contraceptif ce qui limite le nombre de prescripteurs. Enfin concernant la méthode combinant le progestatif et la testostérone, les demandes de financement faites auprès du Ministère de la Santé et au Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle à la fin des années 1970 seront toutes refusées [Ardecom, 1980b]. Or selon le Docteur Jean Michel Lichtenberg étant donné que « ni les utilisateurs ni la Sécurité sociale [ne payeront], il faudrait donc que la contraception masculine rentre dans les préoccupations des pourvoyeurs de fonds (CNRS, DGRST, Ministère de la santé) si l'on veut faire le moindre pas en avant » [Libération, 19 et 20 janvier 1980]. Il n'en a rien été.

L'échec de la contraception hormonale masculine s'explique aussi par le poids des représentations et de l'influence négative des médias qui véhiculent l'image d'hommes n'arrivant pas à prendre une contraception quotidiennement ou à se faire une injection, jugée trop désagréable pour eux [Oudshoorn, 2003]. En ce qui concerne les méthodes thermiques, certains médecins considèrent que le sous-vêtement entraîne trop fréquemment des démangeaisons et bien que cela n'ait pas été corroboré par les chercheurs qui ont expérimenté la méthode thermique, les « experts en reproduction » ont jugé cet effet trop contraignant. Pour Gena Corea, féministe américaine, il s'agit là de logiques sexistes³ : « une démangeaison n'est rien comparée aux désagréments et aux risques que les femmes sous pilule ou DIU (Dispositif Intra-utérin) subissent [dans les années 1970] » [Corea, 1985, p. 271]. Elle cite le Docteur Fahim : « nous injectons des centaines de substances chimiques dans l'utérus des femmes, mais nous ne touchons jamais aux testicules » [Corea, 1985, p. 272]. Enfin, pour la dernière méthode expérimentée, la pilule/lotion, le problème était également technique : la presse a dénoncé les effets secondaires du gel qui « contaminait » la partenaire en augmentant sa pilosité [Libération, 25 février 1984 ; Nord Éclair, 8 février 1984 ; Le Figaro, 8 février 1984 ; Nord Littoral, 4 février 1984].

2. En effet, elle correspond aujourd'hui à un marché réduit : deux enquêtés prescripteurs de contraceptifs déclarent prescrire aujourd'hui l'injection ou la méthode thermique à moins de dix hommes par an et ce, pour des périodes de 2 à 4 ans.

3. Corea G. [1985 (1977)], *The hidden malpractice. How American medicine mistreats women*. New York, Harper & Row. Traduit par Roger Miesusset [1992, p. 263-273].

Profil et motivation des hommes qui s'impliquent dans la démarche contraceptive

Les ressorts d'une implication masculine

Si l'on s'intéresse aux hommes qui ont expérimenté la contraception masculine, cette représentation d'hommes irresponsables s'efface au profit d'une situation où « les nouvelles méthodes de contraception masculines peuvent permettre aux hommes d'avoir un comportement masculin, qui inclut la responsabilité et l'attention » [Oudshoorn, 2003, p. 241].

Pour les hommes qui ont participé aux essais cliniques des Docteurs Soufir (Paris), Guérin (Lyon) ou le Lannou (Rennes) en France (c'est-à-dire une pilule associée à une lotion), on identifie à travers la presse française des années 1980 quatre motivations : le « souci d'égalité homme-femme devant la contraception féminine », le « relais d'une contraception féminine psychologiquement instable », les « intérêts scientifiques pour l'expérimentation », le « refus de se faire faire un enfant dans le dos » [*L'estocade*, n° 20, 1983]. À travers le témoignage de ces hommes dans la presse, l'expérimentation de la contraception masculine apparaît très liée au contexte affectif et à l'expérience personnelle de la reproduction : certains, après deux ou trois enfants, n'en veulent plus, d'autres ont soutenu leur partenaire qui devait recourir à une IVG ou eu des accidents de contraception, enfin une partie se dit proche des mouvements féministes [*Libération*, 1^{er} mars 1982 ; *Libération*, 19 et 20 janvier 1980 ; *Courrier de l'Ouest*, 7 novembre 1983].

Cependant, tous les hommes ne souhaitent pas utiliser une contraception masculine et deux logiques de refus peuvent apparaître. D'une part, certains sont en retrait : une étude qualitative menée auprès de 46 personnes (25 hommes et 21 femmes) sur les représentations de la contraception masculine médicalisée, donne deux raisons à cette situation. La première liée aux femmes qui ont certains doutes quant à la capacité des hommes à s'occuper de la contraception, n'étant eux-mêmes pas directement concernés par le risque d'une grossesse. La seconde montrant que les hommes expriment plusieurs types de craintes : des craintes fantasmatiques autour de l'éjaculation et de l'érection, des craintes en matière d'identité de genre liées au risque de « féminisation » et des craintes liées aux difficultés pratiques inhérentes aux modalités d'utilisation des méthodes masculines [Jodelet, 1998]. Ainsi, pour ces hommes, la contraception masculine remet en question trois dimensions de leur virilité. Au niveau physiologique, elle est comparable à la manière dont ils perçoivent les effets secondaires de la pilule pour les femmes (prise quotidienne, prise de poids, effet sur l'humeur, risque de cancer, difficulté de reprise de la procréation). Au niveau symbolique, il y a une peur d'impuissance qui est plus particulièrement exacerbée lorsqu'il s'agit de penser la vasectomie. Au niveau social, c'est leur statut dans le couple et dans la famille qui est ébranlé par la perte de leur capacité reproductrice [Kalampalikis, Buschini, 2007].

D'autre part, une partie des hommes réactualise des logiques de domination masculine. Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe Giné rappellent que

certaines grossesses non désirées surviennent parce que des hommes sont réticents à l'usage du préservatif ou refusent de le mettre alors que la partenaire le demande [Bajos, Ferrand, Équipe Giné, 2002]. Dans ce cas, une contraception hormonale masculine paraît difficilement envisageable.

La volonté de soutien des hommes quand elle existe, ne traduit pas forcément une acceptation de contraception hormonale masculine, mais prend la forme d'une participation masculine à la contraception du couple et/ou des femmes. Certains hommes s'inscrivent explicitement dans une logique de partage des responsabilités contraceptives :

« Les nanas s'emmerdent à prendre une pilule et les mecs non. Pourquoi on ne pourrait pas alterner par exemple pour qu'il y ait un partage dans la responsabilité contraceptive. [...]C'est vers 25 ans que j'ai commencé à en prendre conscience. C'est la première réelle mise au point que j'ai faite sur ma vie en me demandant où en était ma vie, qu'est ce que je voulais faire, comment je suis par rapport à autrui, aux femmes... Avec toutes ces questions je me suis dit que ça serait bien qu'il y ait une égalité hommes/femmes au niveau de la contraception. Mais je n'ai pas toujours pensé comme ça. Avant j'en avais rien à foutre. Tant que je n'étais pas dans une relation durable avec une personne et que je me limitais aux coups d'un soir, c'était le cadet de mes soucis la contraception ou l'égalité des sexes. C'est quand j'ai vécu une relation de couple que je suis sorti de cette logique. » (Homme, 35 ans).

Le temps amène le masculin à se construire, se déconstruire et se reconstruire [Castelain-Meunier, 2005] et en vieillissant, cet homme développe une perception égalitaire qui est liée à un contexte affectif spécifique. Il précisera qu'il a principalement des amies féminines, que sa mère lui a expliqué dès l'âge de 11 ans l'usage du préservatif, les risques de grossesse et la masturbation, que son ex-amie de 18 ans a été confrontée à une IVG qui l'a marquée et qu'il a eu des partenaires sexuelles qui avaient des problèmes de contraception. Cet homme s'exprime en faveur d'une contraception hormonale masculine :

« Si on avait une pilule pour les hommes qui neutralise le spermatozoïde, et qu'il faille la prendre régulièrement comme les filles, je vote pour. Parce qu'il n'y pas de raison qu'il n'y ait que les nanas qui s'emmerdent avec la pilule. C'est dans une idée de soutien et d'égalité. Cela peut être intéressant comme concept. Ça voudrait dire qu'il y a un réel engagement de la part des hommes vis-à-vis des femmes. Il y aurait vraiment une histoire d'égalité. C'est surtout parce qu'il y a des nanas ça les emmerdent de prendre la pilule ou elles ne peuvent pas car ça les fout en vrac. C'est surtout pour ça que je prendrais la pilule pour alléger leur fardeau qui n'a pas de raison d'être uniquement porté par les femmes. » (Homme, 35 ans).

Le rôle des femmes dans cette implication des hommes

Les entretiens soulignent l'importance du rôle des femmes dans la manière dont les hommes sont sensibilisés à la contraception. Premièrement, certaines jouent un rôle d'éducatrices, notamment la mère :

« Pour moi le stérilet, on peut en avoir à tout âge. Ma mère me disait qu'elle avait eu un stérilet quand elle avait une vingtaine d'années avant de m'avoir. [Donc]

pour moi, le stérilet, on peut en avoir à tout âge. [...] Ma mère m'a appris quelques petites choses sur la contraception ou l'importance de l'usage du préservatif. » (Homme, 25 ans).

Bien que participant peu à la contraception (sa compagne prend la pilule et il lui fait penser à la prendre ponctuellement), cet homme ne se sent pas forcément désinvesti de la question.

Deuxièmement, les entretiens montrent des femmes qui sont dans une position d'initiatrices (amies ou sœur) : avant d'avoir une activité sexuelle (ou peu après), certains hommes sont informés sur le fonctionnement de la contraception. Ils découvrent alors les prémices de cette réalité par leurs amies (l'homme de 27 ans a un entourage féminin) ou leur sœur (l'homme de 26 ans à 3 sœurs) :

« J'ai pas mal de copines ça fait que je sais un peu comment ça marche la contraception. [...] Dernièrement j'en ai parlé avec une amie qui vient de se marier. Le soir du mariage elle a utilisé un préservatif car le sperme la dégoûtait un peu et elle ne voulait pas que ça coule sur les draps. Et après ils ont continué avec préservatif pas que pour des questions d'hygiène, mais aussi parce qu'ils ne voulaient pas d'enfant tout de suite. Après elle a enchaîné avec la pilule, mais sa mère lui a fait tout un cinéma sur la pilule comme quoi ça faisait grossir ça faisait des dérèglements hormonaux et elle a arrêté. » (Homme, 27 ans).

« C'est vrai qu'en ayant trois sœurs je comprends déjà plus facilement comme ça peut être chiant de devoir prendre sa pilule tous les jours, d'avoir des règles tous les mois ou de se retrouver les pattes écartées chez le gynéco. » (Homme, 26 ans).

Ainsi, les amies et les sœurs jouent un rôle dans la manière dont les hommes appréhendent la contraception. D'ailleurs, la propension à discuter de contraception et de prévention avec la partenaire du premier rapport sexuel « est plus forte chez [les hommes] qui appartiennent à des groupes de pairs mixtes, et plus encore chez ceux qui avaient surtout des amies femmes » [Bozon, 2008, p. 117-147].

Enfin, une partie des femmes jouent un rôle de prescriptrice auprès de leur partenaire. Elles vont exercer une influence en préconisant certaines pratiques de gestion de la contraception :

« C'est moi qui lui ai demandé de me faire penser à prendre la pilule, mais quand il y pense trop souvent je me sens un peu surveillée. Je ne dis pas qu'il veut me contrôler, mais c'est quand même ma responsabilité, pas la sienne. En fait ça donne l'impression d'être assistée » (Femme, 24 ans).

À l'inverse de certaines femmes qui disent explicitement qu'elles ne veulent pas que leur partenaire participe à la contraception souvent par manque de confiance, d'autres en revanche expriment clairement la demande. Elles instaurent ainsi des « règles » et définissent la forme de l'investissement de leur partenaire : celui-ci ne doit « ni trop ni pas assez » lui faire penser à prendre la pilule.

En définitive, la participation des hommes à la contraception reste fortement dépendante des différentes figures féminines qui jouent le rôle d'initiatrices (leurs amies), d'éducatrices (leur mère) ou de prescriptrices (leurs conjointes) : des mères qui informent sexuellement leurs enfants, un entourage à dominante féminine, une partenaire investit dans l'échange intime, sont les signes d'une sensibilisation contraceptive facilitant la participation des hommes à la contraception.

Les différentes formes d'implication de la part des hommes dans la contraception

Par une participation financière

Certaines femmes font participer financièrement leur conjoint à l'achat des contraceptifs. En effet, toutes les contraceptions ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale, ou seulement partiellement [Fassin, Memmi, 2004] et certains couples partagent le prix de la contraception :

« Quand j'étais avec Fabien je lui demandais de participer à la moitié du prix de la plaquette. C'est aussi son affaire que j'ai une contraception, donc je ne trouve pas cela normal que je sois la seule. »
(Femme, 33 ans).

La contrainte financière liée à l'usage d'un contraceptif peut être partagée avec le partenaire. C'est une manière de matérialiser un soutien ou du moins, un début d'investissement. Cela relève également d'une relation amoureuse dans laquelle l'argent est géré séparément et dans un contexte économique modeste. Ce type de comportement trouve plus difficilement sens dans des couples mariés, avec enfant et cohabitant sous le même toit. Dans ce cas, moins que la participation financière à une contraception, c'est l'acte d'achat qui exprimerait plus amplement l'idée de soutien :

« Une fois je lui ai demandé d'acheter une de mes plaquettes de trois mois. Déjà que quand j'oublie, j'ai l'impression de foutre de l'argent en l'air car c'est quand même cher. Si j'oublie une fois, ça veut dire que le reste de la plaquette est foutu. Elle coûte quand même entre 15 à 20 euros (non remboursé), je sais plus, ça a augmenté. Et ce mois-là, j'étais à sec et je trouve ça normal que même s'il ne peut pas prendre la pilule, il puisse participer. Donc en achetant la plaquette il s'investit aussi. Donc il m'a donné les sous pour acheter la plaquette de pilule. »
(Femme, 25 ans).

Ainsi, bien que la contraception utilisée soit dite « féminine », cela ne veut pas dire pour autant que seules les femmes participent à son utilisation, ou du moins à son acquisition. Mais cette implication sous-entend une demande féminine :

« Ça m'est arrivé une ou deux fois, quand elle prenait la pilule, d'aller chercher sa plaquette à la pharmacie, elle m'avait laissé son ordonnance car elle n'avait pas le temps d'y aller. Enfin je dirais surtout qu'elle avait la flemme car elle aurait pu y aller en sortant de chez le gynécologue. J'étais un peu rouge quand j'ai donné l'ordonnance, j'ai dit : "je veux ça en tendant la feuille". La pharmacienne n'a fait

aucun commentaire, elle a été chercher les boîtes, j'ai payé les 15 euros, ou un tarif de ce genre et je suis reparti sans rien dire. »
(Homme, 26 ans).

Plus que la participation financière, la démarche d'aller chercher la contraception semble plus difficile et aussi plus ponctuelle. Cette action laisse difficilement de la place à la spontanéité et à une initiative uniquement masculine. En effet, cela demande une ordonnance qui permet à la femme de maîtriser cette démarche en la rendant ou non possible. Cette délimitation des règles du jeu par la partenaire participe à créer le cadre en ce qui concerne la répartition des responsabilités contraceptives.

En s'assurant de la prise de contraception

Des hommes font penser à prendre la pilule :

« Je surveille tous les deux jours à peu près qu'elles ont bien pris la pilule. [...] Je vérifie leur plaquette et je leur dis si elles ont oublié. Elles ne me l'ont jamais demandé, mais elles sont plutôt contentes que tu t'investisses un peu et que tu sois responsable par rapport ça. Alors des fois elles se marrent quand je leur rappelle et des fois c'est juste un "ah oui c'est vrai". Jamais j'en ai vu une se braquer ou le prendre mal. Si je vérifie, ce n'est pas pour les pister, c'est juste que je sais que ce n'est pas toujours évident et agréable de devoir y penser tous les jours ». (Homme, 35 ans).

Son parcours relationnel conduit cet homme à rappeler spontanément à ses partenaires de prendre la pilule. Être confronté à l'expérience des femmes vis-à-vis de la contraception participe aussi à responsabiliser les hommes. En cas de relations sexuelles occasionnelles, cette vérification pourra être de s'assurer que l'acte ne se fasse pas sans contraception en demandant à la partenaire ou en utilisant une contraception masculine :

« Je n'ai jamais eu de sexualité sans contraception. J'utilise au moins le préservatif, et s'il n'y a plus de risque choper une maladie, je discute [avec la partenaire], et on voit si on continue à utiliser le préservatif ou une autre contraception. Mais ça sera au moins le préservatif ». (Homme, 24 ans).

Le risque d'IST renforce un usage systématique du préservatif qui sert également de contraception. Mais ce dernier pourra également être utilisé en l'absence de risque, si la partenaire ne prend pas de contraception.

Par l'adoption d'une des méthodes masculines

Une contraception masculine peut être mise en place de manière quotidienne :

« Je préfère la méthode du retrait car je vois ce qui se passe, j'ai plus confiance car j'ai l'impression de maîtriser ma contraception. Au moins je sais s'il est dedans ou dehors quand il éjacule. »
(Femme, 25 ans).

Ici, la méthode du retrait a été mise en place à la demande de la femme qui ne souhaitait plus prendre la pilule. Cette option renvoie à la « recherche d'un

“bien être” sexuel [qui] peut conduire à ressentir la prise d’une contraception hormonale comme une “contrainte” anti-naturelle (“c’est un médicament”) » [Bajos, Ferrand, Équipe GINE, 2002, p. 37]. Une autre alternative est d’utiliser ces méthodes lorsque la contraception habituelle a été oubliée :

« À chaque fois que j’ai fait le retrait c’est quand on n’avait pas de préservatif et qu’elle ne prenait pas la pilule ou qu’elle l’avait oubliée. Et je ne voulais pas prendre le risque. On parle un petit moment avant que ça arrive, je lui dis que quand ça va arriver je vais éjaculer à l’extérieur. Je lui disais pendant l’acte et elle me disait qu’elle était ok. [...] Elle s’en battait les couilles parce qu’elle était presque sûre que j’allais éjaculer à l’extérieur mais ce n’est pas par négligence qu’elle me laissait choisir la méthode. Elle me faisait confiance, elle me laisse gérer pour pas qu’il y ait de risque qu’elle soit enceinte »
(Homme, 24 ans).

Avec sa compagne actuelle, cet enquêté n’a jamais pratiqué la méthode du retrait. Mais avec l’une de ses précédentes partenaires avec qui il est resté un an, elle pouvait être mise tacitement en place. D’une part, elle lui disait ne pas avoir pris la pilule, d’autre part il n’avait pas de préservatif. La gestion de la contraception semblait alors relever entièrement de l’homme. Un autre de mes enquêtés masculins explique l’importance de prendre une contraception pour résoudre des problèmes d’hyperfertilité :

« Après avoir essayé plusieurs méthodes de contraception, ma compagne et moi n’avons pas trouvé celle qui nous conviendrait. Son médecin dit qu’elle est “hyperfertile” avec probablement plusieurs ovulations par cycle. La pilule provoquait trop d’effets secondaires et il y avait aussi des problèmes d’oublis éventuels. L’implant contraceptif a dû être retiré, là encore à cause d’effets secondaires très gênants tel que des règles persistantes. Le patch paraissait la bonne méthode jusqu’à ce qu’elle tombe enceinte et que nous soyons confrontés à un IVG. Bref ce n’est pas génial donc il nous restait que le préservatif. Au début ce n’est pas super, mais on finit par s’y faire, voir apprécier le fait que ça garde le sperme bien au chaud. J’aurais quand même préféré que l’on puisse prendre tous les deux une pilule pour éviter tout risque. »
(Homme, 26 ans).

Bricolant avec des logiques émotionnelles (peur que sa compagne soit enceinte) et rationnelles (hyperfertilité, danger de la contraception pour la santé de sa femme), cet homme utilise le terme de « nous » pour qualifier le problème du choix contraceptif. Face à une expérience négative (effets secondaires, une contraception défailante qui a requis le recours à une IVG), la sensibilisation à une « contraception conjugale » simultanée trouve d’autant plus de sens pour cet homme.

Par l’accompagnement aux visites gynécologiques

Quelques enquêtés précisent avoir accompagné leur compagne chez le/la gynécologue dans la salle d’attente ou dans la salle de consultation :

« Les deux fois où elle a été chez le gynécologue je l’ai accompagné. Je trouve cela normal, c’est une affaire de couple la contraception, donc j’ai voulu être là aussi car c’était pour trouver une solution au fait qu’elle supporte mal la pilule. On

est arrivé, il nous a fait rentrer tous les deux dans son cabinet. Il a posé quelques questions, puis elle s'est faite ausculter. Le gynéco m'a proposé de venir et je suis venu. Il l'a mis sur l'étrier et a examiné son vagin. Après on a demandé s'il existait une contraception masculine, mais il nous a dit que c'était encore à l'état d'expérience. »
(Homme, 27 ans).

Sa compagne dit qu'elle « préfère se faire examiner quand son copain est là ». Elle explique qu'elle se sent plus à l'aise, la gestion de la nudité et de l'intimité provoquant une certaine gêne [Guyard, 2005]. Cependant, bien que pour ce couple, cet acte semble bien s'inscrire dans une logique de soutien et de partage, certain/es gynécologues interprètent certains investissements masculins comme relevant du « flicage » et du contrôle de la fécondité féminine par les hommes :

« J'ai repéré deux profils. Les premiers sont vraiment là à la demande de leur femme : ils ne font vraiment qu'accompagner ou ils essaient de mettre en place une gestion contraceptive plus égalitaire. Les autres sont plus problématiques. En discutant avec leur femme, je vois bien qu'ils ne sont pas venus à sa demande, mais pour vérifier et contrôler qu'elle prenait bien une contraception ».
(Gynécologue, femme).

Cette gynécologue laisse toujours les hommes dans la salle d'attente et ne les laisse pas entrer dans la salle de consultation. Elle définit pourtant deux logiques masculines clairement différentes : l'une active un schéma égalitaire, l'autre « patriarcal ».

Ces différentes implications masculines dans la contraception donnent à voir une certaine dynamique contraceptive. Elles amènent à mettre en place différents arrangements pour impliquer les hommes. La sensibilité contraceptive des hommes passe par des situations d'échanges, de négociations et de prises de décisions qui restent fortement dépendantes du vécu féminin, et plus particulièrement de la partenaire sexuelle. Ces différentes implications trouvent un sens particulier dans la relation à l'autre et ne paraissent pas être autant chargées de signification lorsqu'il s'agit d'une relation sexuelle éphémère. Sans forcément se déresponsabiliser lors d'actes sexuels ponctuels (usage du préservatif, méthode du retrait, relation sans pénétration, demande si la partenaire a bien une contraception, etc.), l'accompagner chez le/la gynécologue, lui faire penser à prendre la pilule ou participer financièrement à la contraception renvoient davantage à une relation inscrite dans la durée.

Conclusion

« La principale nouveauté de la pilule a été de placer durablement la responsabilité et la pratique de la contraception sous le contrôle des femmes, à tel point que l'on parle désormais de l'irresponsabilité des hommes en ce domaine » [Giami, Spencer, 2004, p. 380]. Cependant, à travers cet article, on comprend qu'il est réducteur de parler « d'irresponsabilité » masculine. La place des hommes dans la contraception se construit dans une dynamique d'interaction avec les partenaires

et la prise de conscience des difficultés contraceptives des femmes favorise la construction d'une sensibilité contraceptive pour les hommes. La (bonne) volonté masculine semblant d'autant plus forte que la contraception est perçue comme une injustice et un déplaisir pour la partenaire. Cette implication est donc conditionnée par la vision que les hommes ont de la relation conjugale, de l'égalité femme/homme, de la masculinité, de leur expérience passée en matière de contraception et d'avortement, de la qualité de la relation et de la communication conjugale. Cependant, il ne faudrait pas pour autant conclure que les hommes sont tous engagés dans la maîtrise de la fécondité.

L'approche microsociale proposée permet de donner un point de vue différent des analyses traditionnelles de la contraception qui portent généralement sur les femmes [Oris, 2007]. Ce panel de pratiques et de perceptions masculines de contraception laisse entrevoir un « genre en transformation » : ces pratiques peuvent potentiellement modifier les normes et proposer de nouveaux scénarios d'usage.

BIBLIOGRAPHIE

- BAJOS N., FERRAND M., Équipe GINE [2002], *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Éditions Inserm, 348 p.
- BAJOS N., FERRAND M. [2005], « Contraception et avortement », *Femmes, genre et société*, (sous la direction de Maruani M.), Paris, La Découverte, p. 114-121.
- BAJOS N., BELTZER N. [2008], « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles », *La sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, (Sous la direction de Bajos N., Bozon M., coordonnée par Beltzer N.), Paris, La découverte, p. 437-460.
- BOZON M. [2008], « Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus », *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. (Sous la direction de Bajos N., Bozon M., coordonnée par Beltzer N.), Paris, La découverte, p. 117-147.
- BUJAN L., MIEUSSET R. [1995], « Contraception masculine hyperthermique », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, vol. 23, n° 10. p. 611-614.
- COREA G., [1985 (1977)], *The hidden malpractice. How American medicine mistreats women*, New York, Harper & Row, Traduit par Roger Mieusset [1992, p. 263-273].
- CASTELAIN-MEUNIER C. [2005], *Les métamorphoses du masculin*, Paris, PUF, 200 p.
- DESCOUTURES V., DIGOIX M., FASSIN E., RAULT W. (Sous la dir.) [2008], *Mariages et homosexualité dans le monde. L'arrangement des normes familiales*, Paris, Autrement, 220 p.
- FASSIN D., MEMMI D. [2004], « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », *Le gouvernement des corps* (Sous la direction de Fassin D., Memmi D.), Paris, EHESS, p. 9-33.
- GAUDILLIÈRE J.-P. [2003], « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *La distinction entre sexe et genre : une histoire entre biologie et culture*, (Sous la direction de Löwy I., Rouch H.), *Cahier du genre*, n° 34. p. 58-80.
- GIAMI A., LERIDON H. [2000], *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, Édition Inserm-Ined, 334 p.
- GIAMI A., SPENCER B. [2004], « Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des

rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels », *Revue Epidemiol Santé Publique*, n° 52, p. 377-387.

GUYARD L. [2005], « La consultation gynécologique : un espace de liberté de parole pour les femmes ? », *Genre de vie et intimité. Chroniques d'une autre France*, (Sous la direction de Le Gall D.), Paris, L'harmattan, p. 237-250.

GUYARD L. [2008], « Contraception », *Dictionnaire du corps*. (Sous la direction de Andrieu B., Boëtsch G.), Paris, CNRS édition, p. 77-79.

JASPARD M. [2005], *Sociologie des comportements sexuels*, Paris, La Découverte, 122 p.

JARDIN A. [2008], « Pourquoi si peu de vasectomies en France ? », *Gynécologie, Obstétriques et Fertilités*, vol. 36, n° 2, p. 127-129.

JODELET D. (sous la dir.). [1998], *Représentations et valeurs engagées dans la contraception masculine médicalisée*, Contrat Inserm, n° 4M015B, 183 p.

KALAMPALIKIS N., BUSCHINI F. [2007], « La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 4, p. 89-104.

KIMMEL M. [1997], « Integrating men into the curriculum », *Duke journal of gender law and policy*, p. 181-195.

LAHIRE B. [2005], « Sociologie, psychologie et sociologie psychologique », *Hermès*, n° 41, p. 151-157.

LÖWY I. [2006], *L'emprise du genre. Masculinité, Féminité, inégalité*, Paris, La dispute, 244 p.

MIEUSSET R., 1992, *Effets de la température sur les fonctions testiculaires et épididymaires*, Thèse en biologie de la reproduction sous la direction de Pierre Jouannet, Paris XI.

ORIS M. [2007], « Intimité familiale et fécondité des familles. Jalons historiques à travers une démographie sociale », *Interactions familiales et constructions de l'intimité. Hommage à Jean Kellerhals* (Sous la direction de Burton-Jeangros C. Widmer E. Lalive D'Épinay C.), Paris, l'Harmattan, p. 27-42.

OUDSHOORN N. [1999], « Contraception masculine et querelles de genre », *De la contraception à l'enfantement, Cahier du Genre*, n° 25, Paris, L'Harmattan. p. 139-166.

OUDSHOORN N. [2000], « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes », *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du masculin et du féminin*, (Sous la direction de Gardey D., Löwy I.), Paris, Archives contemporaines, p. 32-57.

OUDSHOORN N. [2003], *The Male Pill : A biography of technology in the making*, London, Duke University Press, 306 p.

REVEL J. [1996], « Micro-analyse et construction du social », *Jeux d'échelles*, (Sous la direction de Revel J.), Paris, le Seuil, p. 15-36.

SOUFIR J.-C. [1996], « La contraception hormonale masculine », *Endocrinologie masculine*, (Sous la direction de Drosowsky M.-A., Belaisch J., Vermeulen A.), Paris, Doin éditeur, p. 277-283.

VAN DE WALLE E. [2005], « Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? », *Population et Sociétés*, n° 418, p. 1-4.

Articles de presse

Revue ARDECOM (a) n° 1, 1980.

Revue ARDECOM (b) n° 2, 2980.

Libération du 19 et du 20 janvier 1980, « Une pilule nommée désir ».

Libération du 1^{er} mars 1982, « Lyon : un an de contraception masculine ».

L'estocade, Journal Franc-comtois, n° 20 de 1983, « La contraception au masculin ».

Courrier de l'Ouest du 7 novembre 1983, « Planning familial : information sur la pilule pour homme ».

Libération du 25 février 1984, « Amère pilule ».

Nord Éclair du 8 février 1984, « La moustache à papa ».

Le Figaro du 8 février 1984, « Les revers de la contraception ».

Nord Littoral, le 4 février 1984, « Un remède "au poil"... pour les chauves ? ».

Recherche et Santé, 3^e trimestre 1996, « Contraception masculine : un grand pas en avant ».

Courrier international, n° 338, 24 au 30 avril 1997, « Chéri, n'oublie pas ta piqûre ».

Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine*

*Agnès Guillaume***, *Susana Lerner****

En Amérique Latine et dans la Caraïbe, comme dans d'autres régions du monde, les études sur l'avortement sont centrées essentiellement sur les femmes, considérées comme les principales concernées par cette question. Ce sont elles qui sont enceintes et qui avortent, elles qui s'exposent aux conséquences matérielles, affectives et familiales de l'avortement ; elles qui souffrent des séquelles physiques et mentales ou décèdent pour avoir avorté dans de mauvaises conditions sanitaires à cause de l'illégalité de cet acte ; elles sont également souvent les seules à subir les sanctions prévues par les lois en vigueur ; c'est à leur rencontre que s'exerce la réprobation sociale, bien qu'elles ne soient pas toujours libres dans leurs choix reproductifs et leurs pratiques sexuelles. Enfin, ce sont elles qui se trouvent dans les conditions de plus grande vulnérabilité sociale.

Cependant ces dernières années, dans le cadre d'études sur la participation des hommes dans le domaine de la sexualité et de la santé de la reproduction, des recherches ont été menées sur l'attitude et l'engagement de ces derniers face à l'avortement. Ces recherches, bien qu'encore insuffisantes, montrent l'importance de cette thématique, non seulement pour parvenir à une meilleure compréhension de leur rôle, mais aussi pour souligner l'impérieuse nécessité d'en tenir compte dans l'élaboration des interventions politiques publiques et sanitaires.

Dans certaines études en Amérique Latine, les hommes sont présentés comme « l'autre moitié significative¹ » puisqu'ils sont les « auteurs de la grossesse » et qu'ils participent souvent à la prise de décision de l'avortement, décision que l'on

* Une version proche de ce texte a été publiée en espagnol dans la revue électronique de l'ALAP *Revista latinoamericana de Población*, Año 1, n° 2, Enero/ Junio 2008, p. 29-45. <http://relap.cucea.udg.mx>
Nous remercions Michèle Ferrand, sociologue au CNRS, pour sa relecture attentive et ses précieux commentaires.

** Démographe à l'IRD, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes-INED-IRD, F.-75006 Paris, France. agnes.guillaume@ird.fr

*** Professeur, Chercheur à El Colegio de Mexico, Centre de Estudios Demográficos y Ambientales, Mexico. Slerner@colmex.mx

1. « Los otros significativos » comme le disent LLovet et Ramos [2001].

peut analyser aussi bien au niveau de la société, qu'à celui de la famille ou de l'individu. En effet, dans ces sociétés à domination masculine traditionnelle, les hommes ont dans la sphère publique une influence capitale sur différents aspects concernant l'avortement. Ils agissent en tant que législateurs et juristes en édictant des lois et en définissant les conditions et les réglementations selon lesquelles l'avortement peut être pratiqué ou non ; très largement majoritaires comme médecins, ils déterminent les critères et les normes sanitaires sur ce sujet, et pratiquent parfois l'avortement ; et comme principaux représentants de l'autorité religieuse, ils définissent les sanctions ou dans une moindre mesure les autorisations morales et symboliques de l'avortement. Dans la sphère privée, au niveau des comportements individuels, les conjoints, les partenaires, les fiancés ou les pères de la femme font obstacle, imposent ou soutiennent le recours à l'avortement. Et même lorsqu'ils sont absents ou indifférents, cette absence ou cette indifférence entre en jeu dans la prise de décision d'avorter des femmes, comme l'ont montré également des recherches menées dans des contextes pourtant plus égalitaires, notamment en France [Bajos, Ferrand *et al.*, 2002].

Dans cet article, relatif à l'Amérique Latine et à la Caraïbe, nous présentons certains résultats sur la manière dont la question de l'avortement est abordée dans une perspective masculine, limitée à la participation des hommes dans la sphère privée, c'est-à-dire comme partenaire ou conjoint. Cette présentation se base sur une recherche documentaire (des années 1990 à 2005) sur l'avortement provoqué dans ce continent, dont l'un des chapitres est consacré au rôle des hommes dans l'expérience de l'avortement [Guillaume et Lerner, 2007a]². Nous abordons tout d'abord de manière synthétique quelques perspectives conceptuelles relatives à cette problématique, et ensuite, nous présentons les résultats de certaines recherches empiriques sur ce thème, à partir des réponses données par les hommes eux-mêmes³.

Une analyse fine de la littérature montre que les études empiriques sur la présence, la participation ou l'implication des hommes dans l'avortement sont encore peu nombreuses. Cela s'explique par la complexité et la multiplicité des divers dimensions et processus, qu'il s'agisse des acteurs, des domaines sociaux et institutionnels, des circonstances et des réalités spécifiques qui entourent cette pratique, mais aussi de la manière de considérer que l'avortement, qui reste majoritairement dans l'opinion, un « problème de femmes ». Cette rareté des données est également due aux difficultés de recueil de l'information, surtout dans les contextes où les lois sur l'avortement sont restrictives, situation qui prévaut dans la majeure partie de cette région, et qui s'est aggravée dans certains pays ou États en ces dernières années.

En 2003, l'avortement était totalement interdit dans 6 pays et n'était autorisé à la demande de la femme que dans 8 pays d'Amérique Latine ou de la Caraïbe,

2. Le rôle des hommes dans la sphère publique est également largement étudié dans cette publication : les prestataires de santé, les législateurs, les médias...

3. Dans cet article, les interprétations et les représentations sur la participation des hommes à partir des voix des femmes ne sont pas considérées. Voir le chapitre 9 de la publication citée.

dont 3 départements ou territoires d'outre-mer Français (tableau 1). En 2006, la Colombie a assoupli sa législation et a autorisé l'avortement pour sauver la vie ou pour des raisons de santé de la femme, en cas de viol ou de malformations du fœtus, tandis que le Nicaragua l'a totalement interdit. Au contraire, en 2007, le District Fédéral de Mexico l'a rendu légal jusqu'à 12 semaines de grossesses. En 2008 et 2009, dans 14 États de la République Mexicaine, les législations de l'avortement ont été révisées pour rendre son accès plus restrictif et le sanctionner pénalement. Dans les autres pays, il est autorisé pour des raisons de santé (de la mère ou du fœtus), des raisons économiques et sociales ou en cas de viol, mais cet accès reste souvent plus théorique que réel à cause des barrières d'accès aux services, mais aussi de la stigmatisation qui pèse sur cet acte : ainsi, des cas de refus du droit à l'avortement en cas de viol ont été constatés dans de nombreux pays [Guillaume et Lerner, 2007b]. Par exemple, au Nicaragua, Mexique et au Brésil, ce droit à l'avortement a été refusé à certaines femmes ou dans d'autres cas, des sanctions ont été prises contre les professionnels de la santé qui ont pratiqué ces actes pourtant légaux, notamment sous la pression de l'Église catholique qui refuse le droit à l'avortement (comme celui à la contraception d'urgence considérée à tort comme une méthode abortive) au nom de la défense du droit à la vie dès la conception et a un poids très prégnant dans cette région et une influence majeure sur les comportements reproductifs des femmes.

Perspectives théoriques et cadre d'analyse du rôle des hommes

Les principales réflexions et formulations théoriques privilégiées en Amérique Latine pour analyser le rôle des hommes dans l'avortement se basent sur différentes approches : l'une basée sur des approches analytiques de la socio-démographie en général, et l'autre centrée sur des études plus larges et compréhensives sur la question de l'avortement. Les dernières approches privilégient la perspective « relationnelle » qui constitue l'une des problématiques de recherche qui a pris de l'importance et suscité une attention croissante dans le domaine de la santé de la reproduction en Amérique Latine. Dans ce cas, l'accent est mis non seulement sur les processus sociaux et culturels qui participent à ce champ de la santé de la reproduction, mais aussi, et surtout sur les mécanismes d'interaction entre les différents acteurs et agents sociaux. On cherche ainsi à dépasser la tendance qui centre l'analyse et dirige les interventions exclusivement sur les femmes, et où les processus de décision et les pratiques de ces dernières ne reposeraient que sur une logique exclusivement individuelle.

Le mouvement féministe et les apports de ses recherches ont en particulier montré l'importance d'inclure une « perspective de genre » dans le domaine de la reproduction et la sexualité pour prendre en compte la construction sociale et historique de la différence entre les sexes [Butler, 2001] et les rapports de pouvoir entre eux. Cette perspective relationnelle a surtout permis de souligner les différences de définition de l'identité et des rôles socialement et culturellement attribués au féminin et au masculin, les conditions d'inégalité et les relations de pouvoir

entre les sexes dans ce domaine, qui correspondent à (et donc peuvent être modifiés par) des situations historiques, des valeurs culturelles, religieuses et des normes traditionnelles particulières à chaque société et qui sont réinterprétées à travers les expériences vécues des sujets [Szasz, 1998].

Tableau 1 – Situation légale de l'avortement en Amérique latine et dans les Caraïbes en 2003

Causes	2003
Sur demande de la femme*	Barbade, Cuba, Guadeloupe, Guyane, Guyane Française, Martinique, Puerto Rico, Saint Martin (Antilles françaises)
Totalement interdit	Chili, Colombie, Honduras, République Dominicaine, Salvador, Sint Maarten (Antilles néerlandaises)
Pour sauver la vie de la femme	Anguilla, Antigua et Barbuda, Argentine, Bahamas, Belize, Bolivie, Brésil, Costa Rica, Dominique, Équateur, Grenade, Guatemala, Haïti, Îles Caïmans, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint Kitts et Nevis, Saint Vincent et les Grenadines, Sainte Lucie, Surinam, Trinité et Tobago, Uruguay***, Venezuela
Pour préserver la santé physique ou mentale de la femme	Anguilla, Antigua et Barbuda, Bahamas, Belize, Bolivie, Costa Rica, Équateur, Grenade, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Pérou, Saint Kitts et Nevis, Saint Vincent et les Grenadines, Sainte Lucie, Trinité et Tobago, Uruguay***
En cas de viol	Argentine*, Bolivie**, Brésil, Équateur*, Mexique**, Nicaragua****, Panama**, Saint Vincent et les Grenadines**, Uruguay*****
En cas de malformations du fœtus	Anguilla, Belize, Brésil, Mexique, Nicaragua**, Panama, Trinité et Tobago
Pour des raisons socio-économiques	Saint Vincent et les Grenadines, Uruguay***

Source : [Guillaume et Lerner, 2007a]

+sous certaines conditions telles une durée limite de gestation

*autorisé seulement quand la femme souffre d'un retard mental ou de démence

** En cas inceste, en plus du viol

*** Ces raisons sont permises comme exceptions ou circonstances atténuantes

Concourant à la même évolution, l'approche de la santé de la reproduction adoptée suite à la Conférence du Caire, a aussi permis d'élargir les visions

jusqu'alors étroites du comportement reproductif, de la sexualité et des droits reproductifs, et de mettre l'accent sur la « nécessité d'engager les hommes, non seulement en tant qu'acteurs qui interviennent dans la prise de décision ou comme utilisateurs des méthodes contraceptives, ou pour parvenir à une plus grande égalité entre les sexes, mais aussi, et surtout pour les considérer comme sujets de droits, d'obligations et de responsabilités dans la formation de la famille, dans la sexualité et dans la reproduction » et donc dans l'interruption des grossesses non désirées et imprévues [Lerner et Szasz, 2003].

Ainsi, lors de cette Conférence et lors d'autres forums internationaux, tels que la Quatrième Conférence Mondiale sur la Femme (Beijing, 1995) ou le Sommet Mondial sur le Développement Social (Copenhague, 1995), l'accent a été mis sur le thème de la masculinité, et sur la participation des hommes dans les processus sexuels et reproductifs. La question des inégalités existantes dans différents domaines de la vie entre les hommes et les femmes, en particulier dans la sphère conjugale et familiale, et l'importance de les prendre en compte lors de la conception et de la mise en place de politiques publiques et de programmes sociaux et sanitaires dans ces processus a été également soulignée [Frye Helzner, 1996 ; Ortíz Ortega, 2001 ; Lerner et Szasz, 2003].

C'est en considérant la construction sociale, culturelle et idéologique du genre, et en mettant l'accent sur les identités et les rôles attribués au masculin, en particulier les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes, que plusieurs réflexions ont été proposées sur le rôle de l'homme dans les décisions ou les pratiques de l'avortement.

Divers auteurs soulignent la domination masculine sur la vie sexuelle et reproductive des femmes comme étant un argument central. Pour Tolbert *et al.* [1994], dans les sociétés où les normes et les rôles traditionnels des hommes et des femmes sont encore en vigueur, l'homme domine les décisions concernant la fécondité, y compris l'utilisation ou non de contraceptifs et la décision d'un avortement ou de la poursuite d'une grossesse, que ce soit par le biais d'un conseil direct, d'une intervention indirecte ou implicite, ou par la menace de l'abandon de sa compagne. Plus les relations entre les sexes sont égalitaires au sein d'un couple, et plus la femme a le pouvoir de décider de la poursuite ou non d'une grossesse non désirée [Faundes et Barzelatto, 2005]. Mais même dans cette configuration favorable, les opinions et avis masculins sont généralement pris en compte par la femme.

D'autres auteurs ont souligné les tensions, les conflits et les contradictions dans les identités masculines entre les rôles imposés par les normes sociales et culturelles en vigueur relatives à la pratique de l'avortement, et les réactions subjectives qui émergent dans la sphère privée et individuelle de cette expérience [Aliaga Bruch et Michicao Barbery, 1995 ; Figueroa Perea et Sánchez Olguín, 2000 ; Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2001]. La manière qu'ont les hommes de réagir face à une grossesse non désirée dépend surtout « du cadre matériel et symbolique de la relation et des possibilités d'exercice de pouvoir qu'il leur offre, de telle manière qu'un homme peut participer de façon responsable

dans une situation et agir de façon totalement opposée dans une autre » (extraits p. 55-56, [Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2001]).

La gestion de la contraception et de la sexualité dépend de certains éléments du contexte culturel, qui se déclinent parfois de façon différente selon les sexes. Intervient tout d'abord la gestion de la temporalité, qui est différente chez les hommes et les femmes. Le « besoin d'immédiateté », besoin de vivre le présent, impuissance à penser dans un temps linéaire qui permette des projets d'avenir ou des prévisions dans les différents domaines de la vie (y compris celui de la procréation), est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Cela est renforcé par le fait qu'il ne rentre pas dans leur rôle social de se sentir concerné par l'adoption des mesures de prévention des grossesses [Rostagnol, 2003]. Il est ensuite nécessaire d'interroger l'existence – ou l'absence – d'une « culture de la prévention » dans la société concernée. Selon Zamudio *et al.* [1999], la population peut difficilement développer une culture de la planification où la prévention serait une forme d'action quotidienne, dans les conditions de vie précaires que connaissent les pays en développement. Dans des conditions de chômage, d'emploi mal rémunéré, d'inégalité structurelle et quotidienne, « la population développe un certain opportunisme, un sens de l'instant, le goût du hasard, et cette capacité leur permet de vivre l'imprévu du quotidien et d'affronter ses risques » [p. 64], mais pas de prévenir ces risques.

Plus précisément, certains auteurs ont étudié la variabilité de la participation, l'attitude et le comportement des hommes face à la pratique contraceptive et face à une grossesse non désirée. Cette participation peut être active ou passive. Ils peuvent parfois être les principaux décideurs, ou bien être absents ou totalement indifférents et désintéressés par ces événements. Ils peuvent aussi parfois partager ces décisions avec leur partenaire. Leur soutien ou leur absence influence les conditions dans lesquelles l'avortement se pratique et les conséquences de cet acte. Le degré d'engagement est variable selon le contexte socioculturel, l'organisation familiale, l'étape du cycle de vie du couple. Il va dépendre essentiellement du degré d'engagement affectif dans le couple [Tolbert, Morris *et al.*, 1994 ; Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2001 ; Llovet et Ramos, 2001]. Les résultats concordent pour souligner le caractère complexe, dynamique, et évolutif de la place des hommes dans le processus d'avortement, et la relativité des diverses expériences, notamment selon les moments du cycle de leur vie sexuelle et reproductive. La relation entre la pratique contraceptive et l'avortement est cependant l'un des éléments central qui émerge dans la littérature. Il est donc intéressant de voir quelle place occupent les hommes dans la prévention des grossesses.

Contraception : une affaire de femmes ou une responsabilité partagée ?

L'analyse du rôle des hommes se centre sur les attitudes et les pratiques qu'ils expriment au sujet de leur responsabilité et de l'influence qu'ils exercent dans

l'utilisation de la contraception de leur compagne, ou sur leurs propres expériences en matière de contraception. Elles se forment et dépendent en grande partie des relations de pouvoir, des identités et des rôles masculins et féminins, construits socialement et culturellement autour des significations et des perceptions de la sexualité et de la reproduction. Le paradoxe concernant les hommes, auquel font référence la plupart des études, est que la sexualité est perçue comme un domaine essentiellement masculin, dans lequel l'homme exerce un contrôle et un pouvoir sur la sexualité féminine. En revanche, les hommes considèrent le domaine de la reproduction et sa régulation comme un espace féminin dont la femme est responsable, mais l'homme y reste cependant un acteur important en raison de son pouvoir de décision dans ce domaine.

La grande majorité des recherches réalisées directement auprès des hommes montrent que selon eux, c'est la femme qui prend majoritairement les décisions en matière de grossesse, car c'est elle qui prend la responsabilité des conséquences d'utiliser ou non des méthodes contraceptives [Álvarez Vázquez et Martínez, 2000 ; Mora Téllez et Villarreal, 2000]. Cependant, il faut noter que cette représentation masculine est ambiguë et dans certains cas contredit les conclusions de plusieurs études réalisées à partir des années 1970 en Amérique Latine qui montraient que l'homme s'opposait souvent à la contraception et qu'il était le principal obstacle à son utilisation par la femme.

Les rares études qui analysent la relation entre la pratique contraceptive et la prévention des grossesses non désirées chez les hommes constatent l'existence d'un éventail de facteurs et de situations variables autour de ces pratiques. Elles confirment l'existence de comportements très différents selon les groupes sociaux, les contextes culturels et surtout les générations. Ainsi, ces pratiques vont dépendre, bien sûr, de la connaissance des méthodes et de l'expérience dans leur utilisation, mais aussi des relations dans le couple, des relations de pouvoir comme du type de liens affectifs.

Les témoignages recueillis à travers des entretiens approfondis dans divers pays de la région montrent que la plupart des hommes concernés par un avortement n'avaient pas pris de responsabilité quant à la contraception. Leurs réponses reflètent en premier lieu une attitude négligente vis-à-vis des risques de grossesse. D'emblée, il leur semble aller de soi d'en déléguer la responsabilité aux femmes, « *je croyais qu'elle se protégeait* » est la réponse la plus fréquente. S'y ajoutent des arguments nés de l'imaginaire culturel habituel « *je ne pensais pas qu'elle tomberait enceinte* » ; et, dans une moins mesure, ceux du constat de l'échec contraceptif, « *elle avait un dispositif intra-utérin* » ou « *le préservatif a craqué* » [Guevara Ruiseñor, 1998 ; Zamberlin, 2000 ; Jiménez Guzmán, 2003...]. Le risque de grossesse non désirée apparaît sous-estimé chez les hommes comme chez les femmes, ce qui renvoie à l'absence de culture préventive, étroitement liée au faible niveau socio-économique et scolaire des hommes comme des femmes, comme ont pu le montrer Zamudio *et al.* [1999] en Colombie.

D'autres représentations, plus associées aux identités masculines, permettent de comprendre les réticences ou les difficultés masculines dans la pratique de la

contraception, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes. C'est par exemple le cas de la notion « d'impulsion incontrôlable », considérée comme naturelle : la nécessité de satisfaire son besoin sexuel ou l'intensité du désir sexuel dépassent la crainte d'une grossesse. La prise de risques consciente, la rencontre sexuelle imprévue et donc sans protection sont aussi souvent considérées comme la démonstration de la virilité. Au-delà de la prévention, pour certains hommes, l'avortement reste également admis comme une pratique fréquente de régulation de la fécondité, régulation dont la responsabilité revient surtout aux femmes, ce qui explique le faible « investissement » des hommes dans la prévention [Arias et Rodríguez, 1998].

D'une manière plus générale, les résultats de diverses études signalent qu'une plus grande participation des hommes dans le choix d'une contraception dépend de leur perception et de leur conviction qu'il s'agit d'un domaine dans lequel la responsabilité doit être partagée au sein du couple. Dans cette perspective, l'absence ou au contraire le fort engagement dans le couple est un élément déterminant dans l'intérêt ou non des hommes envers la contraception. Lorsque les relations sont stables (avec une fiancée ou une épouse), et que le lien affectif est fort, la responsabilité de la contraception est partagée. En revanche, dans les relations occasionnelles et avec des sentiments affectifs ou amoureux moins forts, la pratique contraceptive est plus faible [Arias et Rodríguez, 1998 ; Cáceres, 1998 ; Guevara Ruiseñor, 1998 ; Arilha, 1999 ; Oliveira, 1999 ; Zamberlin, 2000 ; Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2001 ; Jiménez Guzmán, 2003]. Ainsi, il est important de prendre en compte les moments de la trajectoire sexuelle individuelle pour comprendre la pratique contraceptive au fil du temps : lors des premières relations sexuelles, les hommes s'inquiètent peu d'éviter une grossesse ; tandis qu'au fur et à mesure que la relation perdure, ils tendent vers une plus grande co-responsabilité et s'engagent davantage dans l'utilisation de la contraception et la prévention des grossesses non désirées [Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2001].

D'autres éléments méritent d'être soulignés, bien qu'ils n'aient que peu attiré l'attention. Le développement des technologies contraceptives et les priorités des politiques de maîtrise de la fécondité ont également une influence sur l'implication des hommes dans la pratique contraceptive. L'inégalité entre les sexes est manifeste puisque la priorité de la recherche biomédicale dans la contraception s'est toujours limitée aux seules méthodes féminines ; les méthodes traditionnelles – le coït interrompu, l'abstinence périodique – et le préservatif pour lesquelles la participation de l'homme est sollicitée sont dédaignés dans les programmes de *planning* familial, car considérés comme peu efficaces, même si les campagnes de prévention du sida ont contribué à une large diffusion des préservatifs. Les choix limités de méthodes contraceptives réversibles disponibles pour les hommes, et le fait que les programmes de planification familiale s'adressent essentiellement aux femmes, sont autant d'éléments qui ont contribué à ce que les hommes ne participent pas de la même manière que les femmes à la régulation de la fécondité. Ceci explique également qu'ils ne se perçoivent pas comme des acteurs de la

contraception, et en laissent la responsabilité aux femmes, tandis qu'ils s'excluent de sa pratique ou jouent dans le meilleur des cas un rôle secondaire [Ringheim, 1996 ; Zelaya, Peña *et al.*, 1996 ; Castro Morales, 1998 ; Zamberlin, 2000]. Comme le signalent d'autres auteurs, l'expérience et la décision de l'avortement peuvent être également vues comme un processus d'exclusion de l'un des sexes, parce que le discours et les gestions des programmes ont été centrés sur la féminisation des droits et les pratiques reproductives [Figuroa Perea et Sánchez Olgún, 2000].

Expériences et pratiques de l'avortement : le rôle des hommes ?

Après avoir analysé le rôle et la responsabilité que prennent et/ou reconnaissent les hommes dans la pratique contraceptive pour éviter une grossesse non désirée, nous analysons leur participation en cas de recours à l'avortement. Il est important pour comprendre le type de responsabilité des hommes dans le processus de décision, et dans sa réalisation matérielle, de considérer les liens étroits qui existent entre les formes de relations émotionnelles (affectives et sentimentales) au sein du couple, et les modalités de gestion de leur vie commune.

L'analyse empirique de cette question s'appuie sur deux sources principales de données : d'une part, des études quantitatives, principalement des enquêtes sur la sexualité ou sur la santé de la reproduction, réalisées dans des contextes sociaux et géographiques déterminés, et qui comprennent un module spécifique pour les hommes, mais qui incluent seulement des questions très générales et peu précises directement liées à l'avortement. D'autre part, il existe de nombreuses études qualitatives, qui, par le biais d'entretiens approfondis et/ou de groupes focaux, cherchent à analyser, dans une perspective plus large, l'expérience des hommes, leurs attitudes, leurs représentations, la manière dont ils intériorisent ou non des normes sociales et culturellement construites, puis les modalités de leur participation à la pratique de l'avortement.

Ces études réalisées dans des contextes socioculturels et démographiques variés indiquent tout d'abord que l'implication des hommes face à l'avortement dépend du degré de relation avec leur partenaire : elle est d'autant plus importante que la grossesse non désirée survient dans le cadre de relations formalisées (mariage ou fiançailles) et qu'ils ont un lien affectif fort avec leur compagne. Dans les autres cas, s'il s'agit d'une relation occasionnelle, clandestine ou sans liens affectifs, ils s'avèrent plutôt indifférents, prennent leur distance et leur soutien se réduit au mieux à une participation financière. La responsabilité de la décision d'avorter est alors fréquemment assumée par les femmes, qui face à l'indifférence de leur compagnon quant à leur grossesse, décident de se déterminer seules, voire même d'agir sans l'informer.

Toutefois, cette relative autonomie des femmes doit être discutée. Ainsi, Guevara Ruiseñor [1998], dans son étude auprès d'hommes de la ville de Mexico, considère que « c'est dans les relations les moins stables que la marge de

négociation des femmes est plus faible, et qu'elles rencontrent le plus d'obstacles à leurs choix et à leurs droits. Dans ces situations, les codes non explicites montrent clairement qu'aucun autre choix n'apparaît dans la négociation, et que l'avortement fait partie des règles du jeu implicites. Ainsi, à partir du moment où une relation d'amants ou une relation sexuelle avec une amie est acceptée, les règles de non engagement et de non responsabilité des hommes sont implicitement acceptées aussi » [p. 173].

Divers auteurs ont mis en évidence la diversité des réactions et prises de responsabilité masculines face à l'avortement, certains en établissant une typologie. Par exemple, en Bolivie (où l'avortement n'était autorisé que pour préserver la santé de la femme ou en cas de viol), Aliaga Bruch et Michicao Barbery [1995] analysent les attitudes des hommes lors de la prise de décision de l'avortement en fonction de la nature de la relation du couple, du cycle de vie, de la situation économique et de la prédisposition affective manifestée pour assumer le rôle de père. Ces attitudes couvrent un large éventail de réactions allant de la peur, la douleur, la culpabilité, le rejet ou l'indifférence à la responsabilité et la solidarité. Ce qui leur permet de construire une typologie en cinq groupes :

a) les hommes qui dissocient le sexe et l'amour, ne se sentent affectés par une grossesse et son interruption que dans la mesure où ils sont amoureux de leur partenaire. Ces hommes sont préoccupés par le vécu affectif et psychologique de leur compagne, et s'ils se sentent responsables, pourront payer le service médical, mais s'impliqueront peu ; b) les hommes qui soutiennent la décision de leur compagne, mais refusent d'en partager la responsabilité ; c) les hommes qui réagissent de façon agressive en exprimant leur doute quant à leur paternité ; d) les hommes qui manifestent leur désir d'être père et qui souffrent de la décision de leur compagne d'avorter, et qui se sentent frustrés, déçus et mis à l'écart d'une décision à laquelle ils considèrent qu'ils devraient participer ; et e) les hommes qui manifestent une attitude solidaire envers leur compagne et se préoccupent autant de sa santé physique qu'émotionnelle.

Mora et Villarreal [2000], dans une recherche incluant une approche qualitative et quantitative dans un contexte urbain en Colombie (où, à cette époque, l'avortement était totalement interdit) arrivent à des conclusions similaires sur le rôle des hommes, à partir d'une étude centrée sur le processus de négociation au sein du couple. Dans un tiers des cas, les deux membres du couple s'accordaient pour interrompre la grossesse, une situation d'ailleurs plus fréquente chez les couples mariés ou en union libre, que dans le cas de relations occasionnelles ou parallèles ou durant la période de fiançailles. L'ambivalence face à la poursuite de la grossesse (près d'un quart des cas), rare parmi les couples qui entretenaient des relations occasionnelles et parallèles, était logiquement plus fréquente chez les fiancés. Le désaccord au sein du couple était beaucoup plus élevé chez ceux vivant des relations occasionnelles ou parallèles, où le désir de mener à terme la grossesse est toujours plus fort pour la femme que l'homme ; à l'inverse, en cas de cohabitation (mariage ou en union libre), le désaccord était moindre, mais les femmes

sont moins nombreuses à souhaiter poursuivre leur grossesse que les hommes. Et enfin, pour les couples fiancés, le désir de poursuivre la grossesse était également moins fréquent chez les femmes que chez les hommes. Les auteures interprètent ces différences par une moindre capacité d'imposition des décisions masculines dans les relations avec cohabitation ou fiançailles.

Elles montrent bien, par ailleurs que les femmes vivant une relation occasionnelle ou parallèle, au futur incertain, ne comptaient guère sur leurs partenaires et notent l'absence des hommes qui ne les ont pas accompagnées dans les services pour pratiquer l'avortement : elles assument alors seules cet avortement et ses conséquences, sans aucun appui de l'homme. L'incertitude sur l'avenir de la relation peut inciter les femmes à ne pas informer l'homme ni de sa grossesse, ni de sa décision d'avorter.

L'information obtenue à partir des entretiens approfondis dans cette étude s'avère extrêmement pertinente pour comprendre le processus complexe de la négociation au sein du couple et la grande influence des hommes dans la décision finale d'interrompre la grossesse. On constate cependant que, quand la femme propose l'interruption de la grossesse, l'homme accepte généralement cette décision. Toutefois, dans les cas de désaccord du couple, quand la femme a exprimé son désir de continuer la grossesse, l'homme en invoque les inconvénients pour démontrer à la femme que la meilleure option est l'avortement, et il cherche à faire pencher la décision de la femme vers ce que lui désire. Cependant, pour les hommes, il est clair que dans toutes les discussions autour de ce processus, c'est finalement à la femme que revient la décision d'avorter ou non : c'est donc elle qui assume la responsabilité des conséquences du comportement sexuel du couple.

Cette étude met également en évidence un certain nombre de facteurs qui interviennent dans la décision d'avorter. Les conditions économiques sont apparues être le facteur le plus important pour les hommes qui cohabitent avec leur partenaire. Si pour les couples fiancés, le manque d'indépendance économique est aussi d'un poids important, le facteur déterminant reste « la situation de la femme », c'est-à-dire les implications sociales défavorables d'avoir un enfant dans une relation non formalisée socialement, ainsi que la perte d'appui familial ou la nécessité d'interrompre ses études. De même, les projets individuels jouent un rôle important. Par contre, dans les relations moins stables (occasionnelles ou parallèles), le facteur le plus déterminant est la peur des conséquences sociales et familiales pour les femmes dans une relation non formalisée, le facteur économique et les projets individuels étant moins fréquemment cités.

Des conclusions similaires ont pu être tirées de différentes études conduites au Brésil, pays où hormis pour quelques exceptions légales, l'avortement est interdit, et donc pratiqué dans des conditions clandestines.

À Sao Paolo, Oliviera *et al.* [2001] à partir de l'analyse d'entretiens approfondis chez des jeunes hommes de classes moyennes de deux générations, confirment que le type de relation du couple est un fort facteur de différenciation dans

l'attitude des hommes face à l'avortement, à savoir une préférence pour l'avortement dans une relation occasionnelle ou sans projet d'avenir, plutôt que pour la poursuite de la grossesse. Mais elles insistent sur l'ambivalence manifestée par les hommes face à l'avortement, exprimée en termes d'expériences négatives, douloureuses et traumatisantes, qui aboutissent parfois à la fin de la relation. Dans le cas des relations courtes ou extra-maritales, cette ambivalence se manifeste ainsi par des sentiments de culpabilité, de remords ou de soulagement. Certains hommes interrogés ont par exemple dit s'être sentis mal à l'aise de prendre part à la décision et d'accompagner leur partenaire pour se faire avorter. Cette situation ambiguë de malaise et de soulagement, est due aussi au fait qu'ils considèrent l'avortement comme un acte de violence contre le corps de la femme, tout en reconnaissant la légitimité du refus de leur compagne d'être mère.

Fachel Leal et Fachel [1998] dans leur enquête menée auprès de populations marginales dans la ville brésilienne de Puerto Alegre montrent l'importance de l'organisation familiale, des réseaux de parenté et de la formation des alliances pour comprendre la transaction qui s'établit entre les hommes et les femmes autour de la grossesse et de l'avortement. Selon leurs résultats, les hommes affirment que la décision d'avorter fait partie du droit des femmes à déterminer ce qui est bon pour elle, et est justifiée dans certaines circonstances, telles que le manque de moyens pour nourrir et élever un enfant. Les hommes qui s'opposent à cette pratique préfèrent réfléchir à la possibilité de déléguer à un autre membre de la famille l'élevage de l'enfant, ce qui montre l'importance de l'organisation familiale élargie dans les groupes urbains populaires et dans les milieux ruraux, où la circulation des enfants est courante. En revanche, pour les femmes, la question de la pratique de l'avortement est plus ambiguë et complexe, en raison de l'importance particulière de la légitimité et de la reconnaissance sociale que la grossesse leur confère.

Enfin au Pérou, à partir d'entretiens auprès d'adolescents et de jeunes hommes de Lima, Cáceres [1998] insiste sur les contraintes que peut représenter pour leur vie une grossesse non désirée : ils craignent d'être trompés par une fille qui chercherait à les contraindre à l'union. Il abonde ainsi dans le sens du constat fait par Oliviera [1999]. Certains jeunes reconnaissent cependant aux femmes la légitimité de décider d'une grossesse, puisqu'ils considèrent que ce sont elles qui en subissent la plupart des conséquences, surtout lorsqu'elle n'est pas désirée.

Conclusion

À travers cette revue de la littérature, un premier constat s'impose que la question du rôle des hommes dans l'interruption des grossesses non prévues ou non désirées reste insuffisamment étudiée. Les quelques études et les recherches existantes montrent l'importance d'inclure les hommes, pour mieux comprendre les conditions dans lesquelles les femmes optent pour cette décision et orienter les divers programmes et politiques qui sont développés sur cette question.

Dans ces derniers, il faut évidemment prendre en compte les arguments des mouvements féministes qui défendent le fait que les femmes sont propriétaires et responsables de leur corps et, par conséquent, ont toute légitimité pour choisir librement leur vie sexuelle et reproductive. Mais il ne faut pas pour autant sous estimer l'implication indispensable des hommes, la nécessité d'une plus grande prise de conscience de leur part de leur influence et de l'importance de leur participation dans ce domaine. C'est pourquoi il est souhaitable que les interventions publiques soient aussi dirigées vers eux, de façon à développer des pratiques de coresponsabilité tant en matière de contraception que de prévention de grossesses et d'avortement.

Selon les conclusions de bon nombre d'études, la participation des hommes paraît dépendre fortement des modalités et des conditions de la relation (formelle ou non), qui sont des éléments déterminants de son implication tant dans la contraception que dans l'avortement. Cette détermination est fréquemment exprimée également à travers les voix des femmes même si elles font allusion à leur situation de dépendance économique et sociale et mettent en évidence que leur décision reste subordonnée aux inégalités de genre et au pouvoir des hommes. Une subordination qui est accentuée dans certains cas, comme dans les situations d'abus sexuel et de viol.

Ce constat montre la nécessité de mener des recherches avec un regard croisé sur les discours, expériences et pratiques tant des hommes que des femmes sur ces thèmes. De plus, il est essentiel d'analyser les implications des acteurs sociaux qui constituent les sphères d'autorité, de pouvoir et d'influence (législateur, personnel de santé ou autorité morale ou religieuse), et qui déterminent ainsi les conditions d'accès à l'avortement et les risques associés à cette pratique. En effet, le pouvoir de décision et d'intervention qu'exercent les hommes hors et dans la sphère domestique a des implications dans la pratique de l'avortement et sur ses conséquences, ainsi que pour la libre pratique contraceptive. Cette influence est évidente dans le domaine du couple ou de la famille, mais elle l'est aussi dans les sphères institutionnelles et sociales, que ce soit dans le domaine juridique, médical ou religieux où la domination masculine est flagrante, et très puissante dans les sociétés conservatrices de la majorité des pays d'Amérique Latine. En reprenant le titre du livre de Ortíz Ortega [2001], on peut raisonnablement s'interroger « *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal ?* » (*Si les hommes étaient « enceints », l'avortement serait-il légal ?*). Si les législateurs, les juristes, les médecins, les pères, c'est-à-dire les hommes en général subissaient dans leur corps la contrainte de la grossesse non désirée, l'avortement continuerait-il à être interdit ? L'avortement ne serait-il pas autorisé à leur demande, dans le respect et la garantie de leurs droits ? Serait-il puni et stigmatisé socialement et moralement de la même manière ? Autrement dit, si les hommes étaient personnellement impliqués dans l'avortement de leurs partenaires, la situation serait-elle différente ? S'agirait-il d'une responsabilité partagée ? Autant de questions qui renvoient aux analyses de Salcedo Fidalgo [1999] en Colombie qui pense que l'impossibilité des hommes à vivre dans leur chair l'expérience de la grossesse et de son

interruption explicaría no solamente su poca participación a su interrupción, sino también sus juicios y sus actitudes vis-a-vis de esta práctica.

BIBLIOGRAFIE

- ALIAGA BRUCH S., MICHICAO BARBERY X. [1995], *El aborto : una cuestión no sólo de mujeres*, La Paz (Bolivia), CIDEM, Centro de Información y Desarrollo de la Mujer, 123 p.
- ÁLVAREZ VÁZQUEZ L., MARTÍNEZ M. T. [2000], « Anticoncepción y aborto en Cuba », in E.A. Pantelides, S. Bott, *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Buenos Aires (Argentina), Editorial Biblos, p. 73-98.
- ARIAS R., RODRÍGUEZ, M. [1998], « A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la Ciudad de México », in Lerner S., *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, p. 319-340.
- ARILHA, M. [1999], « Homens, saúde reprodutiva e gênero : el desafío da inclusão », in Giffin K., Costa S. H. (orgs.) *Questões de saúde reprodutiva*, Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 455-467.
- BAJOS N. FERRAND M. et al. [2002], *De la contracepción a su interrupción. Sociología de las mujeres no planeadas*, París, INSERM.
- BUTLER J. [2001], *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad* México, Paidós/PUEG-UNAM.
- CÁCERES C. F. [1998], « Jóvenes varones en Lima : dilemas y estrategias en salud sexual », in T. Valdés Olavarría, J. *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Santiago (Chile), FLACSO, p. 158-174.
- CASTRO MORALES P. [1998], « ¿Qué razones exponen los hombres que están recurriendo a la vasectomía sin bisturí para limitar su fecundidad ? », in S. Lerner, *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, p. 341-368.
- FACHEL LEAL O., FACHEL J. M. G. [1998], « Aborto : tensión y negociación entre lo femenino y lo masculino », in S. Lerner, *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, p. 303-319.
- FAÚNDES A., BARZELATTO, J. [2005], *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Bogotá (Colombia), Tecnopres Ediciones, 249 p.
- FIGUEROA PEREA J. G., SÁNCHEZ OLGUÍN V. [2000], « La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto », *Papeles de Población*, vol. 6, n° 25, p. 59-82.
- FRYE HELZNER J. [1996], « Men's involvement in family planning », *Reproductive health matters*, n° 7, p. 146-153.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) [2001], *Los hombres y el aborto*, Temas para el debate, México, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), n° 1, 56 p.
- GUEVARA RUISEÑOR E. S. [1998], *Amor y pareja en la responsabilidad de los hombres ante el aborto*, Trabajos del III Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, 12, 13 y 14 de agosto de 1998, Buenos Aires, Argentina Buenos Aires (Argentina) Asociación de Estudios de Población de la Argentina [AEPA], Centro de Estudios de Estado y Sociedad Centro de Estudios de Población [CENEP], AEPA, p. 161-80.
- GUEVARA RUISEÑOR E. S. [2000], *La experiencia del aborto en los hombres y los derechos*

- reproductivos*, VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, La Habana (Cuba) del 3 al 7 de julio de 2000.
- GUILLAUME A., LERNER S. [2007a], *El aborto en América Latina y el Caribe : una revista de la literatura de los años a 2005/ L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe. Une revue de la littérature des années 1990 à 2005/Abortion in latin America and the Carribean. A review of literature from 1990 to 2005*, Les Numériques du Ceped, Paris, Ceped, Colegio de México.
- GUILLAUME A., LERNER S. [2007b], « L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe », *La Chronique*, n° 55, p. 6.
- JIMÉNEZ GUZMÁN M. L. [2003], *Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos*, UNAM/CRIM. México.
- LERNER S., SZASZ I. [2003], « La investigación soicodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción », *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 18, n° 2, p. 299-352.
- LLOVET J. J., RAMOS S. [2001], « El estudio del aborto inducido en América Latina : un balance parcial y algunas propuestas a futuro », in C. Stern, J. G.Figueroa Perea, *Sexualidad y salud reproductiva : avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México, p. 285-322.
- MORA TÉLLEZ M., VILLARREAL C. [2000], *Hombres y decisiones reproductivas*, Bogotá (Colombia), Fundación Oriéntame.
- OLIVEIRA M. C. [1999], *Os Homens, esses desconhecidos... (masculinidade e reprodução)*, Sao Paulo.
- OLIVEIRA M. C., BILAC E. D. et al. [2001], *Men and contraception : a study on middle-class brazilian men*, XXIV IUSSP General Conference Salvador Brazil IUSSP, 18-24 august 2001, 29.
- ORTÍZ ORTEGA A. [2001], *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal ? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*, México, D.F., Edamex y Population Council 269.
- RINGHEIM K. [1996], « "Wither methods for men" ? : emerging gender issues in contraception » *Reproductive health matters*, n° 7, p. 79-89.
- ROSTAGNOL S. [2003], « Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos », *Anuario de Antropología Social y Cultural*, p. 39-55.
- SALCEDO FIDALGO H. [1999], *El aborto en Colombia : una exploración local de la experiencia masculina*. El aborto inducido en Colombia. S. I. Cuadernos de Investigaciones sobre Dinámica Social, Bogotá (Colombia), Universidad Externado de Colombia, Centro de investigaciones sobre dinámica social 3.
- SZASZ I. [1998], « Los hombres y la sexualidad : aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México », in S. Lerner, *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, p. 137-162.
- TOLBERT K., MORRIS K. et al. [1994], *Los hombres y el proceso de decisión respecto del aborto : hacia una teoría de las relaciones de género y el aborto*, Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe Bogotá (Colombia) D. Special Programme of Research, and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization [WHO] Alan Guttmacher Institute [AGI]. Universidad Externado de Colombia, 1994.
- ZAMBERLIN N. [2000]. « La otra mitad. Estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad », in M. Gogna, *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud*

reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia, Buenos Aires (Argentina), CEDES, p. 245-299.

ZAMUDIO CÁRDENAS L., RUBIANO BLANCO N. L. *et al.* [1999], *El aborto inducido en Colombia*. Bogota (Colombia), Universidad Externado de Colombia, Centro de investigaciones sobre dinámica social, 315 p.

ZELAYA E., PEÑA R. *et al.* [1996], « Contraceptive patterns among women and men in León, Nicaragua », *Contraception*, n° 54, p. 359-365.

Pas de mère sans un « mari »
La nécessité du mariage dans les structures de soins
à Ouagadougou (Burkina Faso)

*Fatoumata Ouattara**, *Bouma Fernand Bationo***,
*Marc-Éric Gruénais**

Toutes les initiatives et directives en santé de la reproduction ont pour cible principale les femmes ; c'est une évidence, presque une tautologie. Cette priorité quasiment exclusive en faveur des femmes s'explique et se justifie aisément : dans la majorité des cas, dominées socialement et économiquement, moins scolarisées que les hommes, elles sont loin de pouvoir disposer toujours de l'autonomie de décision et d'un pouvoir de négociation leur permettant d'affirmer leurs « droits » à la santé, à la maternité sans risque, à l'usage du préservatif, à refuser mariage et grossesses précoces, etc. Tous ces constats sont désormais bien documentés pour les pays en développement et sont régulièrement rappelés, à juste titre, dans les rapports, guides, articles, préambules de directives internationales, etc., pour justifier tel ou tel programme ou action en faveur de la santé reproductive des femmes qui apparaissent bien souvent a priori comme une population « vulnérable ».

On se rend compte aujourd'hui de la nécessité d'une plus grande implication des hommes dans les programmes en santé reproductive (Varga, 2001), mais là aussi, et encore une fois à juste titre, pour améliorer la situation des femmes. En effet, d'un point de vue sociologique¹, économique, mais aussi physiologique (est-il besoin de rappeler que seules les femmes sont exposées aux risques obstétricaux), les femmes sont plus vulnérables que les hommes dans le domaine de

* Anthropologue – UMR 912 (Inserm-IRD-U2).

** Sociologue – Université de Ouagadougou.

1. Par exemple, au tout début du dernier rapport de l'UNICEF sur *La situation des enfants dans le monde*, 2009, on peut lire (p. 3) qu'il faut « Une approche visant à améliorer la santé maternelle et néonatale qui soit fondée sur les droits de l'homme et qui se focalise sur la prestation de soins de santé et la lutte contre la discrimination sexuelle ou les inégalités au sein de la société par le biais, notamment, de changements culturels, sociaux et comportementaux et en ciblant en particulier les pays et les communautés les plus à risque ».

la santé de la reproduction. Certes, depuis longtemps on assiste dans les pays du Sud au développement de ménages « matricentrés », avec des femmes chef de famille (Bisilliat, 1996), qui disposent de fait d'une certaine autonomie. Mais ces ménages prennent place dans des mondes sociaux où la domination masculine continue de prévaloir.

Qui sont les acteurs de ces situations de domination des femmes qui les empêchent parfois de faire valoir pleinement leurs droits à la santé reproductive ?². Ils peuvent ressortir du niveau le plus localisé, les hommes de l'entourage immédiat des femmes (frère aîné, père, oncle, mari), éventuellement des femmes (mère, belle-mère, tante) qui ont le pouvoir de décider pour les « cadettes » (Gruénais, 1985), jusqu'aux plus hautes instances d'États qui parfois peinent à reconnaître officiellement l'égalité hommes/femmes³.

Il reste que les directives dans le domaine de la santé de la reproduction sont majoritairement mises en pratique par des personnels de santé dans des structures de soins. Ces personnels ne sont pas, bien évidemment, uniquement des techniciens dont le paradigme de référence se limite au seul savoir médical : ils sont certes médecins, infirmiers, auxiliaires de santé, mais aussi membres de leur communauté et donc également imprégnés, y compris au cours de leur pratique professionnelle, des valeurs de leur monde social d'appartenance et des « violences structurelles » qui leur sont liées (Farmer *et al.*, 2006). De plus, ces agents sociaux relèvent pour leur pratique professionnelle d'une profession médicale par nature normative ; le médecin, figure emblématique de l'ensemble de la profession médicale, apparaît aussi comme un « entrepreneur de morale » qui intervient pour corriger ce qu'il croit être mal dans le monde (Freidson, 1984, p. 254-257). On peut alors se demander si, pour la profession médicale représentée par les prestataires de soins, toutes les femmes apparaissent comme ayant la même légitimité à avoir accès aux services de santé de la reproduction ? Nous tenterons de montrer dans cet article que les services délivrant des prestations en santé de la reproduction sont aussi des lieux de rappel et/ou de confirmation des normes statutaires auxquels les femmes en âge de procréer sont censées se conformer.

Méthodologie

Les informations dont il est fait état ci-dessous ont été recueillies entre 2002 et 2009 à Ouagadougou (Burkina Faso) auprès de femmes et de personnels de

2. Par exemple, la communauté internationale s'est engagée en son objectif 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement d'améliorer la santé maternelle en réduisant de trois quarts le ratio de mortalité maternelle (objectif 5.1) et de parvenir à un accès universel à la santé reproductive (objectif 5.2) à partir d'une amélioration de l'accès aux soins prénatals, un déclin de la fertilité des adolescente, une meilleure accessibilité au planning familial (<http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>).

3. Au Maroc, il a fallu attendre le 10 décembre 2008 pour que soient officiellement levées les réserves à l'égard de la Convention internationale sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes, ce qui semble avoir parfois conduit à quelques débats, notamment dans les milieux conservateurs religieux (cf. A. Tourabi, « Le Coran est-il vraiment applicable en tout temps et en tout lieu ? », *Tel Quel*, 358, 31 janvier-6 février 2009 : 43-49, consultable sur http://www.telquel-online.com/358/couverture_358.shtml).

santé ; elles ont trait aux discours et aux pratiques se rapportant aux activités de planning familial, de consultations prénatales et de maternité dans des centres de santé et un hôpital de district ⁴.

Les données sur les prestations de planning familial ⁵ proviennent d'une part d'entretiens individuels organisés avec les prestataires (10 entretiens individuels) et les usagers (20 jeunes filles et garçons utilisateurs de services de planning familial), et d'autre part d'entretiens auprès de groupes d'usagers (6 *focus group* de jeunes filles/garçons, femmes/hommes adultes) et de soignants (6 *focus group*). Les entretiens portaient sur les facteurs déterminant l'utilisation des services : itinéraires thérapeutiques, attentes et besoins, contraintes sociales et culturelles, contraintes financières. Les enquêtes étaient guidées par l'hypothèse qu'une mauvaise qualité de relations entre les prestataires de soins et les usagers peut être un des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services de santé.

Une enquête a été également réalisée ⁶ pour appréhender les modalités concrètes de réalisation des consultations prénatales (CPN). À cet effet, neuf séances de causeries entre les soignants et les femmes à l'occasion des consultations prénatales ont fait l'objet d'observations.

Enfin, les données sur l'accouchement ⁷ sont majoritairement issues d'entretiens de groupe qui ont été réalisés avec des femmes qui avaient au préalable eu recours à une maternité. Ces rencontres ont eu lieu en dehors des formations sanitaires pour permettre une plus grande liberté de propos chez les femmes (au sujet des membres de leur entourage et du corps soignant). Les thèmes abordés au cours de ces entretiens de groupe étaient orientés sur les différentes perceptions féminines sur la grossesse, l'accouchement ainsi que sur les problèmes qui y sont liés (accouchements à domicile), les différents avis sur la prise en charge sociale de la grossesse, les acteurs sociaux qui interviennent dans la prise en charge financière de la grossesse et de l'accouchement ainsi que la nature des relations de couple pendant cette période.

D'une manière générale, les enquêtes socio-anthropologiques auprès des usagers et des prestataires de soins consistaient à identifier et appréhender les différents points d'achoppement sur lesquels pouvaient se cristalliser les relations rendant problématique l'accès aux soins. Ces discussions ont mis en évidence des contraintes qui pèsent sur les femmes aussi bien en termes de prise en charge de la grossesse que de l'accouchement.

4. Les données émanent d'enquêtes réalisées dans le cadre de deux projets : le programme « Amélioration de la qualité de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence – Aquasou » (FSP 2001-149) financé par le Ministère français des affaires étrangères (2002-2006), et le « Projet d'approche solidaire en santé génésique – Passage » (Union européenne – EuropeAid/120804/C/G, 2006-2009). Les rapports d'activités de ces deux programmes sont disponibles sur le site <http://www.uonn.org>.

5. Recueillies dans le cadre du projet Passage.

6. Dans le cadre du projet Aquasou.

7. Dans le cadre du projet Aquasou.

Des prestations de planning familial faites exclusivement pour les femmes mariées⁸

Théoriquement, les services de planning familial sont disponibles pour tous les demandeurs sans aucune distinction sociale (hommes, femmes, adolescents, jeunes filles, célibataires, mariés, etc.) et concernent, d'après les documents officiels, des femmes âgées de 15 à 49 ans. Dans les faits, les représentations dominantes, dans la communauté (c'est-à-dire aussi bien chez les femmes elles-mêmes que chez les personnels de santé) font du planning familial une affaire de famille, pour des personnes vivant en couple, voire mariées, et non des célibataires.

On ne cesse de rappeler, surtout aux jeunes filles, que le mariage est un honneur pour la femme et sa famille ; « *Une femme mariée est une femme sérieuse et respectée* », a-t-on souvent l'habitude d'entendre. Or, le recours à la contraception risque d'introduire une brèche dans cet adage : « *La planification familiale ou l'utilisation des contraceptifs modernes est parfois perçue par les hommes comme un encouragement à l'infidélité des femmes* », déclarait une femme au cours d'un groupe de discussion. Le recours à la contraception est alors condamné car il apparaît comme un moyen de contrôle de la sexualité par les femmes elles-mêmes, alors que la reproduction est traditionnellement sous le contrôle des hommes : « *les hommes disent que lorsque les femmes prennent les contraceptifs, elles peuvent aller avec n'importe quel homme. On ne peut plus les contrôler* », et cette autre participante aux groupes de discussion poursuivait : « *C'est pour ça que certaines filles ne veulent pas se marier tôt ; et c'est aussi le cas des femmes qui ne sont pas mariées* ». Les prestations de planning familial en viendraient donc à ébranler l'institution du mariage, au point d'inverser les rôles, car, pour certaines femmes, les contraceptifs ont permis aux femmes de mener « *une vie d'homme* ».

La femme célibataire, qui contrôle elle-même sa sexualité, peut donc apparaître comme une déviante sociale au sens où elle adopte une attitude ou des comportements non conformes aux normes et valeurs véhiculées par une société ou un groupe social (Ogien, 1999). Reconnaître éventuellement les avantages du recours à la contraception pour mener à bien ses projets personnels ne vient pas nécessairement remettre en cause les valeurs dominantes. Une étudiante de 20 ans au cours d'un entretien individuel déclarait que « *le planning familial permet d'éviter parfois les grossesses non désirées et de poursuivre les études, car en matière de sexualité, on ne sait jamais. Moi, je prends de temps en temps les pilules* ». Mais,

8. Dans la suite du texte par « mari » ou « situation de femme mariée » nous n'entendons pas nécessairement une situation d'union sanctionnée par une procédure réglementaire (juridique, religieuse, et/ou traditionnelle) mais toute relation socialement reconnue entre un homme et une femme, même si ceux-ci ne sont pas mariés au sens juridico-réglementaire du terme. Ainsi, par exemple, un homme marié à l'état civil, chef de ménage, peut entretenir une relation socialement reconnue avec une autre femme que son épouse, sans être marié officiellement à cette seconde femme. Il peut éventuellement avoir des enfants avec cette seconde femme, alors souvent qualifiée de « deuxième bureau » en Afrique, et participer aux frais domestiques de ce second ménage. Il sera alors reconnu comme étant un « mari » de cette seconde femme. Au sujet des différentes formes d'unions socialement reconnues, on pourra se reporter à Gruénais et Lacombe, 1983.

poursuivait-elle, « *j'ai entendu dire que les filles qui prennent les pilules, ou autres contraceptifs ne sont pas sérieuses. C'est pour ça qu'on se cache, et parfois le partenaire n'est pas au courant* ». La norme est rappelée dans les structures de soins et, plus précisément, dans les relations entre les personnels de santé et les jeunes filles ou les femmes célibataires dans les services de planification familiale.

Les jeunes filles sont sans cesse interpellées par des campagnes de prévention sur des comportements à risque qui conduisent à contracter des grossesses non désirées et qui font la promotion du planning familial en général. Mais, à bien des égards, ces jeunes filles expriment le sentiment que les services de planning familial ne sont pas faits pour elle. Pour les jeunes filles, il y a la peur ou la honte d'être reconnues dans la structure de soins par des parents, des connaissances de son environnement immédiat, ou plus généralement la crainte de devoir affronter le regard réprobateur des femmes plus âgées :

« Parfois aussi, quand on arrive, on voit des tanties [appellation commune pour désigner les femmes plus âgées] qui nous regardent bizarrement. Parfois on est gênée, surtout si vous êtes dans le même secteur ».

Mais surtout, à cette gêne ressentie viennent s'ajouter les condamnations explicites par les personnels de santé. Les propos recueillis au cours d'un *focus group* avec des jeunes filles évoquent cette réalité, « *si une fille se rend dans un centre de santé pour chercher la contraception alors qu'elle n'est pas mariée, on dit que c'est une bordelle ; c'est une fille qui n'est pas sérieuse* ». Cet autre discours de cette jeune fille à propos du comportement des agents de santé est sans équivoque :

« Une jeune fille peut arriver et demander à un agent de santé de lui montrer les méthodes contraceptives, par indiscretion l'agent de santé peut crier sur cette dernière en lui disant que "au lieu d'étudier, c'est des conneries qui t'intéressent !". Tout le monde te regarde comme un vaurien ».

Alors que dans des discours convenus, les personnels de santé soulignent à qui veut l'entendre que les prestations délivrées par les services de planning familial sont accessibles aux jeunes filles, lorsqu'ils sont interpellés sur les tendances de certains à adopter des attitudes moralisatrices, ils reconnaissent alors que certains agents manifestent sans détour leur réprobation face aux demandes des jeunes filles. Une sage-femme nous déclarait :

« Concernant les attitudes moralisatrices, ce sont les doyennes [femmes âgées du service, qui les manifestent]. À un certain âge, quand les jeunes filles viennent, ça veut moraliser. Il faut quitter dans ça, [mais], pour se débarrasser, ce n'est pas facile ! C'est incorporé à notre ombre ! Mais, avec le temps petit à petit on va arriver à se débarrasser de cela. Mais du tac au tac, c'est difficile ! Tu vois, par exemple, une fille de 15 ans avec une infection sexuellement transmissible, d'emblée tu te mets en colère à la place de ses parents ».

En fait, le sentiment qui domine est que les services de planning familial sont surtout faits pour les femmes mariées, comme nous le disait cette jeune fille : « *on dit que les services de planification concernent tout le monde. Mais lorsque tu arrives là-bas, on te demande si tu es mariée et on te regarde bizarrement. C'est*

pour ça les jeunes filles disent que ces services ne sont réservés qu'aux femmes mariées ». Ainsi les contraceptifs délivrés par ces services (pilules, injections, implants contraceptifs, spermicides, stérilets) sont réservés de fait aux femmes mariées. Au cours des discussions de groupe avec des jeunes filles, il est ressorti que celles-ci déclaraient préférer utiliser les préservatifs ou se fier au décompte du cycle plutôt que de s'adresser à un service de santé où elles risquent d'être stigmatisées : « *Moi je n'ai jamais été au dispensaire pour demander des conseils sur les méthodes contraceptives ; les garçons utilisent les préservatifs ; les autres méthodes, c'est les couples qui les utilisent* » (jeune fille dans un groupe de discussion).

Et lorsque les jeunes filles n'ont pas pu éviter une grossesse, les services de santé sont aussi bien loin de manifester l'empathie attendue. Une participante à un groupe de discussion déclarait : « *Lorsque tu tombes enceinte aussi, c'est un problème, soit avec la famille, soit avec le partenaire. Quand tu repars au dispensaire, d'autres problèmes sont posés. Vraiment, c'est difficile. Bon ! On va chercher les maris !* ». Et la situation est encore bien pire en cas d'avortement : « *Aller au dispensaire pour demander des conseils ? Ce n'est pas facile pour une jeune fille ! L'avortement amène toujours des problèmes. Comme moi par exemple, cela fait combien de mois que je souffre ? C'est moi qui n'ai pas mon argent, je n'ai pas mon enfant, je n'ai pas moi-même. J'ai tout perdu. Je ne sais pas si je serai sauvée ou pas. Depuis combien de mois je souffre de cela, demain, c'est autre chose...* » (élève, célibataire, 21 ans).

Les risques d'infections sexuellement transmises, de grossesses non désirées, d'avortements, auxquels sont particulièrement exposées les jeunes filles, et dont les personnels de santé ont parfaitement conscience, n'influent guère sur la propension de ces derniers à réprouber l'attitude de jeunes filles et de femmes célibataires qui « osent » recourir aux services de planning familial. Comme le disait une jeune fille, « *souvent les agents de santé te négligent, te font des reproches au lieu de te donner des conseils. C'est ce qui fait qu'on n'a plus envie d'y repartir* ».

Les services de planning familial sont donc essentiellement faits pour les femmes mariées. Éventuellement aussi pour certaines femmes qui sont engagées dans une relation socialement reconnue, mais non mariées, et qui ne désirent pas d'enfants : « *ce qui m'a amenée ici [nous déclarait une jeune femme], c'est parce que je vis avec un homme qui ne veut pas faire le mariage et qui refuse l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. À chaque fois que je parle de mariage, il dit qu'il va le faire. J'en ai parlé à une amie et c'est elle qui m'a conseillée de venir ici au service de planning familial* ». Certes ici, il semble que la jeune femme doit cacher à l'homme avec lequel elle vit son projet de contraception, néanmoins, engagée dans une relation stable, avec une personne qui sera facilement identifiée comme étant son « mari », elle sait qu'elle peut s'adresser à un service de planning familial où elle recevra une écoute attentive de la part des personnels de santé parce qu'elle est comme « mariée ». Ainsi le mariage, ou du moins l'existence

d'une relation socialement reconnue entre un homme et une femme, devient une condition requise pour accéder à des services de santé de la reproduction, une sorte de passeport pour bénéficier de prestations des services de planification familiale pour éviter les regards accusateurs.

Des rapports aux « maris » omniprésents pendant les consultations prénatales

Les séances de consultations prénatales au sein des structures de soins sont composées de deux phases successives : en premier lieu, une « causerie » collective, où toutes les femmes convoquées un jour précis écoutent les conseils prodigués par des personnels du centre de santé sur la vaccination, l'alimentation, les soins aux nouveaux nés, les risques liés à la grossesse, etc. ; dans un second temps, les femmes sont reçues individuellement pour un examen clinique pour le suivi médical de leur grossesse. Les consultations prénatales sont réalisées par des personnels aux âges et aux niveaux de qualification très variés, depuis les sage-femmes expérimentées, mères de famille, jusqu'à des « matrones » ou des jeunes filles célibataires formées « sur le tas », en passant par des auxiliaires ayant bénéficié d'un apprentissage formel pour acquérir quelques compétences médicales limitées. Étant donné ces niveaux de qualification très inégaux, tous les personnels ne donnent pas des conseils « techniques » (sur l'hygiène, les risques obstétricaux, les conduites à tenir face à un saignement, à une fièvre, etc.) pour le suivi de la grossesse. En revanche, dans cet univers le plus souvent exclusivement féminin des consultations prénatales⁹, avec une belle unanimité, tous les personnels font régulièrement référence au « mari » dans les divers conseils prodigués.

Tout d'abord, pendant les causeries collectives, les prestataires de soins rappellent aux femmes la nécessité, voire l'obligation qu'elles ont de rendre compte de leur consultation prénatale à leur mari.

« Si vous rentrez dans la salle, et vous demandez [au personnel de santé] : "Madame, c'est mon huitième mois, est-ce que je vais accoucher normalement ?" Si elle dit oui, je repars à la maison et je dis à mon mari : "quand je suis allée à la pesée, l'agent de santé a dit que je peux accoucher normalement donc il faut tout faire pour avoir l'argent. Comme ça, quand je vais arriver à l'hôpital, tu ne vas pas courir au marché pour emprunter de l'argent". Vous devriez le dire aux hommes, car ils ont d'autres problèmes qui ne sont pas vos grossesses. C'est vrai [que le mari est] content quand vous êtes enceinte, mais son esprit est ailleurs. Si tu ne le préviens pas, il va oublier. Si vous venez à la pesée [= la consultation prénatale] et vous ne parlez pas, qu'est-ce que vous allez lui dire ? Il y en a qui ne parlent même pas avec le mari ! » (une sage-femme pendant une causerie collective).

La grossesse est une affaire de femme, certes, mais de femme mariée. Dès lors, comme l'illustre le propos rapporté ci-dessus, la femme enceinte doit tout

9. Il est exceptionnel, surtout dans les centres de santé en milieu urbain, de rencontrer des infirmiers participer au suivi de la grossesse.

faire pour motiver le mari à s'occuper d'elle, à anticiper sur les coûts liés à l'accouchement, car, on va le voir dans la partie suivante, c'est à l'homme de payer. Ne pas « parler à son mari » de sa grossesse est donc fermement condamné.

Parmi les sujets très largement abordés lors des consultations prénatales figure aussi la reprise des relations sexuelles après l'accouchement ; et la justification des visites au centre de santé après l'accouchement tourne le plus souvent autour de la gestion de la reprise des rapports sexuels avec le mari.

« Si vous accouchez à la maternité, à la sortie, la sage-femme vous dit : "Madame, revenez au 45^e jour". (...) À partir du 45^e jour, ton corps devient normal et l'homme te regarde comme si tu étais devenue une jeune fille, n'est-ce pas ? C'est pour cela qu'au 45^e jour avant de mettre le henné et les petites tresses, il faut venir [au centre de santé] pour que l'agent de santé vous consulte et vous dise par exemple "dans la salle d'accouchement, on t'a dit de ne pas pousser et tu as poussé, tu es déchirée, il y a une plaie dedans, il faut qu'on soigne ça. (...) Les agrafes qu'on t'avait mises le jour de l'accouchement [suite à une épisiotomie], on les a enlevées, mais on en a oublié une deuxième. Lorsqu'on a déchiré, le vagin s'est élargi. Donc il faut trouver une solution pour que ton mari ne parte pas courir dehors, n'est-ce pas ?" » (une sage-femme pendant une causerie collective).

On aura relevé, dans ces « conseils », que la préoccupation du locuteur n'a trait ni à la douleur, ni aux risques d'infection, et encore moins à un quelconque repentir suite à une faute professionnelle, mais à la stratégie que la mère de l'enfant doit trouver pour que son mari lui reste fidèle en dépit des désagréments liés à son accouchement. D'ailleurs, la principale mission que les personnels de santé s'attribuent au cours des causeries collectives est sans équivoque, pour cette sage-femme :

« Nous voulons que vous arriviez à dompter vos maris pour qu'ils vous suivent ; vous avez entendu ! »

À cet égard, les personnels de santé, surtout en milieu urbain, n'hésitent pas à inviter les femmes à aller à l'encontre de la tradition. Une norme très répandue dans de nombreuses sociétés africaines stipule que la femme qui vient d'accoucher doit aller habiter pendant quelque temps dans sa propre famille, ou chez sa belle-mère, et en tous les cas ne pas habiter avec son mari immédiatement après l'accouchement (Erny, 1988). En milieu urbain, les personnels de santé manifestent alors une certaine empathie pour les femmes qui viennent d'accoucher, d'autant plus que ces dernières appartiennent aux mêmes univers sociaux que les premières ; ils mesurent les « risques sociaux » encourus par les nouvelles mères qui resteraient éloignées trop longtemps de leur mari, et n'hésitent pas à les inviter à enfreindre cette règle. Une accoucheuse auxiliaire, en charge d'une causerie de groupe, martelait ainsi son avis devant un groupe de femmes venues pour la consultation prénatale :

« Les femmes, n'acceptez pas ! Si vous pouvez vous asseoir [= rester chez le mari], asseyez-vous ! Il y a les médicaments pour l'espacement des naissances pour vous aider. N'acceptez plus une telle chose, aller chez ses parents après l'accouchement,

ou aller dormir chez la belle-mère ? Laissez la belle-mère tranquille ! L'essentiel est qu'elle cajole l'enfant et vous la laissez tranquille. »

Lors d'une autre causerie de groupe, une sage-femme abordant la même question rappelait également un nécessaire changement de conduite de la part des femmes vis-à-vis de leur mari :

« Nous savons que quand une femme accouche, avant le 45^e jour (suivant l'accouchement)¹⁰, elle devient plus belle ! Oui, le fait de devenir jolie fait que le propriétaire [= le mari] va vouloir s'approcher. Nous voudrions que les femmes changent à ce niveau. Changer, cela ne veut pas dire que tu n'as pas froid aux yeux, ou que tu es une pute ! Non, le monde a changé ! Si tu dis que tant que ton enfant ne marche pas, l'homme ne te touchera pas¹¹, si tu ne fais pas attention, au moment de venir te toucher, peut-être qu'il apportera un problème du dehors car tu le refusais. Combien d'hommes peuvent s'abstenir et attendre ? Est-ce que vous pouvez nous dire le temps que les hommes peuvent s'abstenir dans le mois ? (...) Est-ce que ça peut attendre sept jours ? (rires des femmes). Non, c'est combien ? C'est vrai, nous n'avons pas été éduqués de cette façon. Donc, si tu dis que si ton enfant ne marche pas, il ne te touchera pas, il ne te dira pas qu'il ira dehors. Avant que tu ne le saches, il est avec les putes, tu regardes, toi qui [lui] dis de ne pas te toucher. Donc, tu ne peux pas faire des histoires. (...) Donc venez au quarante-cinquième jour pour qu'on vous consulte. »

Par mesure de prévention – rappelons ici qu'il s'agit de propos entendus lors de consultations prénatales qui ont pour seul objet la prévention – on invite donc les femmes enceintes à ne pas suivre la coutume, à ne pas respecter le délai habituellement requis avant la reprise des rapports sexuels, afin d'éviter notamment l'exposition aux infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. En d'autres termes, il est dans « la nature » de l'homme d'être sexuellement actif en toutes circonstances ; si la femme qui vient d'accoucher veut respecter la coutume du délai avant la reprise des rapports sexuels, elle sera alors responsable de l'infidélité de son mari, de son recours aux prostituées, et éventuellement des infections qu'elles risquent de se voir transmettre. Préserver une relation exclusive avec le père de son enfant est une obligation dont les femmes sont responsables aux yeux des « conseillères » en consultations prénatales. Ici la mission d'éducation des usagers par les personnels soignants (Cook, 2000 : 183), qui sera notamment sanctionnée par la visite au centre de santé requise 45 jours après l'accouchement, consiste à rappeler aux femmes sur le point d'accoucher leur responsabilité quant à l'impératif de la préservation de la relation maritale, ici par la reprise précoce des rapports sexuels. Pour éviter les grossesses trop rapprochées dues à cette reprise précoce des rapports sexuels, « *Il y a les médicaments pour l'espacement des naissances pour vous aider* » comme le disait la conseillère citée ci-dessus.

10. La sage-femme fait allusion ici à la nécessité de la consultation post-accouchement pour un suivi de méthode contraceptive afin d'éviter des grossesses trop rapprochées.

11. Notons qu'une des normes pour la reprise des relations sexuelles des femmes après l'accouchement est d'attendre que l'enfant marche. Pour une description des différentes normes invoquées en matière de reprise des relations sexuelles après la naissance en Afrique, et de leur évolution, voir par exemple Desgrées du Loû A. et Brou H., 2005.

Les consultations prénatales ont pour fonction principale la prévention des risques sanitaires indésirables liés à la grossesse¹², donc pour toutes les femmes. Dans les propos rapportés ici, on aura remarqué combien les consultations prénatales sont aussi l'occasion de marteler la nécessité de la préservation du couple par tous les moyens après l'accouchement, dont la responsabilité incombe surtout aux femmes. L'existence possible de mères célibataires, qui ne seraient pas dans une relation de couple, n'est même pas envisagée dans ces discussions de groupe.

L'accouchement à la maternité : les hommes doivent payer

Au Burkina Faso, même si l'acte lui-même de l'accouchement normal est gratuit, il occasionne toujours des frais : des frais indirects (transport jusqu'à la maternité, entre autres), ou encore des dépenses directes lorsqu'il faut aller se procurer les consommables (gants, fil, etc.) qui ne sont pas toujours disponibles dans les maternités et que les femmes sont alors obligées d'acheter. L'accouchement peut aussi requérir des interventions qui vont de l'épisiotomie à la césarienne, qui là aussi nécessitent consommables et médicaments (antibiotiques) et qui sont en partie ou en totalité à la charge des parturientes. Il faut également parfois déboursier de l'argent pour l'hospitalisation après l'accouchement, et souvent savoir s'acquitter de petites sommes pour « motiver » le personnel à bien s'occuper de vous.

Interrogées individuellement après un accouchement, la plupart des femmes déclarent qu'elles ne connaissent pas le montant versé pour leur accouchement, précisant que c'est le père de l'enfant qui a acquitté les sommes dues. Mais, dans le contexte de discussions de groupe réunissant des femmes invitées à débattre des accouchements en maternité, la parole se libère, et les affirmations sont sans équivoque :

« ... pour moi, au niveau de l'accouchement, si ce n'est pas ton mari, personne d'autre ne peut venir faire les dépenses ; même si ton mari n'a pas d'argent, s'il va emprunter, c'est obligé qu'il rembourse après. Si tu dois accoucher, il faut que l'homme fasse tout pour avoir l'argent pour payer à la maternité » (une femme participant à un *focus group* organisé avec des femmes fréquentant une maternité de Ouagadougou).

L'argent constitue un élément très important des relations hommes/femmes dans le couple. Il détermine l'assignation sociale des rôles des hommes dans le cours des relations amoureuses et conjugales (Attané, 2009). De la ville au village, hommes et femmes conviennent aisément que ce sont les hommes qui doivent prendre en charge les principales dépenses couvrant les principaux frais de nourriture et de santé de leurs femmes et de leurs enfants. Pour les femmes vivant en

12. Ainsi, on peut lire dans le rapport sur la santé dans le monde de 2005 intitulé *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, donc exclusivement consacré à la santé maternelle et infantile, que « En premier lieu, les consultations prénatales sont l'occasion de promouvoir des modes de vie favorables à la santé, lesquels contribuent à long terme à améliorer les issues sanitaires pour la femme, son enfant à naître et éventuellement sa famille » (OMS, 2005, p. 51).

couple et leurs enfants, l'achat des céréales (riz, maïs et mil) pour la préparation des repas ainsi que les frais d'accès aux structures de soins (pour elle et pour les enfants) sont à la charge du conjoint. La capacité des maris à pouvoir assurer de tels frais révèle le devoir de responsabilité sociale des hommes vis-à-vis des femmes et des enfants. Dans la société paysanne au Burkina Faso, les hommes qui se trouvent dans l'incapacité de donner les céréales à leurs épouses pour la préparation du repas quotidien se couvrent de honte (Ouattara, 1999). Autour de l'accouchement, et notamment de l'accouchement en maternité en milieu urbain, l'expression monétaire de l'assignation des statuts des hommes et des femmes devient un enjeu d'autant plus important que se joue alors tout particulièrement la question de l'identité respective des uns et des autres : il n'y a bien évidemment pas de meilleur moment qu'une naissance pour montrer, ou remontrer, que l'on est père et mari, d'une part, mère et épouse d'autre part.

La valeur sociale accordée à l'accouchement s'exprime notamment par l'afflux des accompagnants et surtout des accompagnantes de la femme à la maternité. Dans les maternités, lorsqu'un accouchement est proche, il n'est pas rare de voir la salle de pré-travail encombrée, et des personnels de santé tenter de contenir les accompagnantes pour éviter qu'elles entrent dans la salle d'accouchement. Il s'agit là d'attitudes régulièrement décriées par les personnels de santé qui se plaignent alors de ces membres de l'entourage de la parturiente venus trop nombreux et qui les gênent dans leur travail. Néanmoins, ces reproches qui renvoient donc aux conditions de travail, n'empêchent pas une certaine tolérance de ces accompagnants, du fait de la valeur sociale que les personnels de santé accordent aussi à l'accouchement.

Dans ce contexte, les femmes qui viennent accoucher seules sont sévèrement critiquées jusqu'à être qualifiées de « cas sociaux », voire de « délinquantes » par les personnels de santé. En effet, nous avons été intrigués par le qualificatif de « délinquantes » employé par les personnels des maternités pour désigner certaines femmes ; pour nous, un tel qualificatif évoquait plutôt des femmes ayant été à l'origine de désordre dans le service, de violences à l'égard du personnel de santé ou ayant été à l'origine de vols. Lorsque nous demandions aux personnels de santé ce qui avait bien pu se passer pour que telle femme soit qualifiée de « délinquante », se rendant compte de notre totale incompréhension de la situation, ces personnels nous expliquaient qu'il s'agissait de femmes venues sans accompagnants, qui ont accouché seules, et qui ont acquitté elles-mêmes les frais liés à l'accouchement. Après vérification auprès d'autres personnels de santé, dans le cadre d'entretiens individuels ou encore de réunions de restitutions de nos travaux, il nous a bien été confirmé qu'une femme venant accoucher seule et subvenant elle-même à ses besoins renvoyait à une situation totalement anormale.

Étant donné l'afflux attendu d'accompagnants lors de l'accouchement, l'absence d'accompagnants signifie ici une absence d'inscription de la femme dans des réseaux sociaux, et dès lors sa relative a-sociabilité. Mais ce qui semblait choquer le plus nos interlocuteurs (dont la plus grande partie était des femmes),

c'était que la femme s'acquitte seule des dépenses, ce qui révélait une tripe arrogance de ces femmes. Ces femmes montrant qu'elles payent seules le prix de l'accouchement agissaient égoïstement, pourrait-on dire, sans se soucier de montrer que l'enfant est issu d'un couple. En s'acquittant elles-mêmes du prix de l'accouchement, elles montraient publiquement que le père de leur enfant « n'est pas capable », qu'il n'a pas la capacité de prendre en charge « sa » femme (qu'il y ait mariage effectif ou non), et donc dévalorisaient de fait le statut du partenaire masculin. Enfin, comble de l'arrogance, elles manifestaient ainsi qu'elles pouvaient se prendre en charge seule, sans s'inscrire dans une relation avec un homme ; elles apparaissaient potentiellement comme des mères célibataires.

Cette dévalorisation de la femme qui paye elle-même le prix de l'accouchement est totalement intériorisée par les parturientes elles-mêmes, à tel point que même si le partenaire est démuné et que la femme dispose de ressources, il faudra toujours que l'on voit l'homme payer. En effet, lors d'une discussion organisée avec un groupe de femmes, une institutrice expliquait qu'elle avait dû payer à partir de ses revenus les frais liés à ses trois grossesses depuis que son conjoint avait perdu son emploi. Une autre participante du groupe de discussion enchaîna alors :

« quand j'avais la grossesse de mon enfant-là, mon problème était semblable à celui de la dame. Mon mari ne travaille pas, il a fait au moins six ans. C'est le nettoyage simple que je faisais et je gagnais 20 000 F CFA par mois [30 €]. À la fin de chaque mois, je mettais 5 000 F [7,50 €] de côté. Et comme je savais que j'étais enceinte, j'ai déposé comme ça jusqu'à atteindre 50 000 F [75 €]. Comme je sais que si la femme est en grossesse, ça peut être une opération [césarienne] ; ou bien si Dieu t'aide et que tu as un accouchement facile, tu peux accoucher sans problème, mais tu dois payer les ordonnances. J'ai mis de côté petit à petit, et comme Dieu a fait que ça n'a pas été une opération, j'ai eu mon enfant, je suis contente. J'ai enlevé 25 000 F [37,50 €] du reste de l'argent pour donner à mon mari et comme il y avait le baptême qui arrivait pour ne pas avoir la honte, j'ai dit : "prends ! Tu donnes 15 000 F [22,50 €] pour acheter le mouton et tu donnes 5 000 F [7,50 €] aux femmes pour qu'elles achètent le petit mil et les autres ingrédients pour faire le *zoom koom* [boisson traditionnelle à base de farine de petit mil]. Personne ne saura. C'est entre toi, moi et Dieu". C'est comme ça que j'ai fait pour qu'on puisse faire le baptême (...) Il faut avoir pitié de lui, si tu as pitié de lui, le jour que Dieu lui donnera, il sait ce qu'il fera pour te satisfaire ».

Pour que le mari préserve son statut, on doit donc le voir payer, éventuellement avec l'argent de sa femme, y compris à la maternité, lieu par excellence où il doit se montrer « capable » d'être père et mari, comme l'attestent ces propos d'une autre femme :

« Par exemple pour moi là, comme je sais que mon mari n'avait pas les moyens, moi je lui ai donné de l'argent : "prends ! tu vas payer et on va sortir" [après l'accouchement, le paiement des frais à la caisse de la structure de soin est une condition pour la sortie]. C'est le mari qui a payé (les autres femmes du groupe se mettent à rire). Mais en réalité, c'est moi. Entre lui et moi, qui sait ? C'est lui qui a payé ! »

Il importe donc pour une femme qui se rend à la maternité qu'elle puisse faire aussi la preuve de son statut d'épouse, notamment par la présence d'un mari, ou

du moins du père de son enfant, qui doit notamment s'acquitter publiquement du prix de l'accouchement. La parturiente peut ainsi montrer à tous, c'est-à-dire notamment à son groupe d'accompagnant(e)s composé de membres de sa famille et de son entourage proche, mais aussi aux personnels de santé qui ont tôt fait de mépriser les femmes qui manifesteraient leur solitude sociale en payant elles-mêmes le « prix de l'accouchement », qu'elle est une femme au plein sens du terme, c'est-à-dire ici une mère inscrite dans une relation de couple socialement reconnue. Voir un homme payer le prix de l'accouchement pour « sa » femme et son enfant participe de l'affirmation de cette relation de couple socialement reconnue. On comprend mieux alors les stratégies féminines qui consistent parfois à feindre de ne pas connaître le « prix de l'accouchement », à se montrer financièrement dépendante en dissimulant ses deniers propres, voire à donner de l'argent au père de son enfant pour qu'il aille payer le « prix de l'accouchement » afin que lui-même, mais aussi elle-même, ne perdent pas la face. Faire pression sur l'homme et s'assurer que le père de l'enfant paye le prix de son accouchement, c'est aussi pour la femme un moyen de montrer à tous qu'elle est bien la mère et l'épouse (ou la concubine attitrée) qu'il convient de reconnaître socialement comme étant liée à cet homme.

Conclusion

Les centres de santé qui délivrent des prestations en santé reproductive au Burkina Faso sont donc des lieux de rappel de la norme, sinon du mariage, du moins de la nécessité d'une relation socialement reconnue entre un homme et une femme, père et mère. Les hommes, ou plus exactement les maris, sont omniprésents dans les discours des femmes et des personnels de santé dans les services de planning familial, dans les consultations prénatales, dans les maternités, lieux parfois exclusivement féminins. Tout le parcours sanitaire des femmes ayant un projet de maternité est l'occasion du rappel de la norme du mariage et du renforcement du lien avec leur mari. *A contrario*, ce même parcours est aussi l'occasion de dévaloriser toutes celles qui se présenteraient comme potentiellement mères célibataires. Dans cette mesure, ces structures de soins peuvent donc être également des lieux d'exclusion, ou du moins de forte stigmatisation de celles qui ne répondront pas à la norme. On peut dire que l'impératif de la domination masculine, ou du moins de la dépendance vis-à-vis de l'homme est largement rappelée dans des structures de soins où sont pourtant mis en œuvre les recommandations de santé publique en faveur de la promotion des droits des femmes à la santé reproductive. Et de la stigmatisation à la violence à l'égard de toutes celles qui ne répondent pas aux normes, il n'y a sans doute qu'un pas, violence largement documentée dans les structures de soins en Afrique, et notamment dans les maternités (Jewkes *et al.* 1998 ; Walker et Gilson, 2004).

BIBLIOGRAPHIE

- ATTANE A. [2009], « Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. L'exemple des milieux urbains au Burkina Faso », *Autrepart*, n° 49, p. 151-169.
- BISILLIAT J. (ed.) [1996], *Femmes du Sud, chefs de famille*, Paris, Karthala.
- CNLS [2007], *Stigmatisation et fréquentation des structures de PEC du VIH/sida par les hommes séropositifs*, Ouagadougou.
- COOK J. M. [2000], « La caractérisation des usagers par le personnel de santé » in G. Cresson et F.-X. Schweyer (eds.), *Les usagers du système de soins*, Rennes, éditions ENSP, p. 179-192.
- DESGRÉES DU LOÛ A., BROU H. [2005], « Resumption of sexual relations following childbirth : norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Côte d'Ivoire », *Reproductive Health Matters*, vol. 13, n° 25, p. 155-163.
- ERNY P. [1988], *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*, Paris, L'Harmattan.
- FARMER P. E., NIZEYE B., STULAC S., KESHAVJEE S. (2006), « Structural Violence and Clinical Medicine », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 10, p. e449 (www.plosmedicine.org).
- FREIDSON E. [1984], *La profession médicale*, Paris, Payot (1^{re} ed. anglaise 1970).
- GRUENAI M.É., LACOMBE B. [1983], « Nuptialités », *Statéco*, n° 35, p. 58-78.
- GRUENAI M.É. [1985] « Aînés, aînées ; cadets, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les Mossi du centre (Haute-Volta) », in C. Collard et M. Abeles (eds.), *Âge, pouvoir et société en Afrique Noire*, Paris, Karthala, p. 219-245.
- JEWKES R., NAEEMAH A., MVO Z. [1998], « Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 11, p. 1781-179.
- OGIEN A. [1999], *Sociologie de la déviance*, (nouvelle édition), Paris, Armand Colin.
- OMS [2005], *Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*
- OUATTARA F. [1999], *Savoir-vivre et honte chez les Senufo Nanerge (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat, EHESS-Marseille.
- VARGA C.A. [2001], « The Forgotten Fifty Per Cent : A Review of Sexual and Reproductive Health Research and Programs Focused on Boys and Young Men in Sub-Saharan Africa », *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, vol. 5, n° 3, p. 175-195.
- WALKER L., GILSON L. [2004], « We are bitter but we are satisfied' : nurses as street-level bureaucrats in South Africa », *Social Science and Medicine*, n° 59, p. 1251-1261

Conjoints et pères à l'égard de la prévention du VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire)

*Annick Tijou Traore**

L'Afrique Sub-saharienne demeure la partie du monde la plus touchée par le VIH : elle regroupe 67 % des personnes vivant avec le VIH [Onusida, 2008]. Si, dans cette région, l'épidémie varie selon les pays, les rapports hétérosexuels restent le mode de transmission dominant. La transmission du virus de la mère à l'enfant, au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, y est également élevée : en 2007, plus de 90 % des enfants de moins de 15 ans morts à cause du sida sont issus de cette région africaine [Onusida, 2008]. De cette situation épidémiologique découle un ensemble de recommandations, dont les premières sont la réalisation du test de dépistage et l'usage du préservatif, lors d'un statut sérologique inconnu ou positif d'un des partenaires sexuels. D'autres registres de prévention ont donné lieu à des modalités pratiques adaptées au contexte socio-culturel. Ainsi, dans les pays à faibles ressources, les risques de transmission *in utero* ou au moment de l'accouchement peuvent être diminués de façon significative par des schémas prophylactiques simples et peu coûteux [OMS, 2007]. Mais cette efficacité peut être annulée par l'allaitement [Van de Perre *et al.*, 1991]. Deux principales options d'alimentation du nourrisson sont alors proposées aux mères séropositives : l'alimentation artificielle et l'allaitement exclusif avec sevrage précoce et rapide [Leroy *et al.*, 2007].

Cependant, la littérature développée dans le contexte de ces pays montre combien ces mesures de prévention (de la transmission du VIH par voie sexuelle et de la mère à l'enfant), se heurtent, dans leurs déclinaisons pratiques, à des obstacles importants. D'une part, ces obstacles se traduisent par la difficulté à proposer et utiliser le préservatif, en particulier pour les femmes [Desclaux, Desgrées du Loû, 2006]. D'autre part, éviter l'allaitement maternel est souvent problématique pour les mères séropositives car cela se pose en contradiction avec des pratiques perçues comme relevant de la norme. Pour les femmes, l'allaitement

* Anthropologue, post doctorante, Université Victor Ségalen Bordeaux 2, ADES/SSD, UMR 5185 CNRS.

reste souvent articulé au symbole d'être « une bonne mère » [Desclaux, 2002] et les femmes qui n'allaitent pas dans des contextes où la norme est l'allaitement maternel prolongé sont souvent stigmatisées [Sylla Thioye, 2007].

Il est aujourd'hui communément admis que l'adoption d'une prévention à l'égard du VIH ne relève pas de décisions uniquement individuelles ; elle doit être resituée dans le couple comme l'étaye de plus en plus la littérature [Oyediran, Isiugo-Abanihe, 2002 ; Hollos, Larsen, 2004 ; Desgrées du Loû, 2005]. La vie conjugale représente un cadre où s'élaborent des décisions traduites ensuite en pratique. En effet, ces décisions en matière de prévention résultent de l'interaction entre les attitudes et les conduites des femmes et celles de leurs conjoints. La littérature anthropologique sur la prise en compte du VIH dans des couples affectés par le virus du sida en contexte africain s'appuie le plus souvent sur les discours des femmes. Peu de données anthropologiques sur ces questions concernent les hommes. Lorsque ces données existent, elles portent le plus souvent sur la perception que les femmes ont de leur conjoint à l'égard de leurs pratiques à risque et de leurs conduites de prévention. Ces recherches tendent à analyser les processus sociaux qui rendent les femmes vulnérables. De fait, directement ou indirectement, les hommes tendent à être présentés et/ou perçus comme faisant obstacle à la prévention du risque de transmission du VIH dans le couple. De telles analyses doivent être nuancées. Certaines recherches s'y sont attachées [Bardem, Gobatto, 1995 ; Vidal, 2000 ; Schatz, 2005], relativisant une image quelque peu stéréotypée des hommes. Mais ces derniers sont encore peu au cœur des recherches anthropologiques. Pourtant, de plus en plus de programmes émanant des instances internationales, relatifs aux VIH/sida ou à la santé de la reproduction, prônent une plus grande implication des hommes [Population Reports, 1998 ; OMS, 2007]. Il paraît essentiel d'accroître les connaissances sur les conduites masculines à l'égard du VIH et les logiques qui les sous-tendent, pour renforcer l'efficacité des programmes de prévention. Une meilleure connaissance des modalités d'engagement et de positionnement des hommes à l'égard des mesures de prévention au sein du couple donnerait l'occasion de comprendre et de nuancer tant leurs conduites que leur rôle à l'égard de leurs conjointes. Ce qui permettrait d'informer les marges de manœuvre des femmes ainsi que les logiques en jeu dans la construction des formes de négociations conjugales.

Mais la vie conjugale matérialise ordinairement des rôles et des statuts que les individus se construisent et qui sont précisément articulés aux domaines de la parentalité – conception que les pères ont des droits et des devoirs à l'égard de l'enfant et de la conjugalité – entendue comme l'ensemble des aspects qui régissent l'organisation de la vie conjugale : rapports sociaux de couple et conceptions des droits et des devoirs à l'égard du ou de la conjointe. En Afrique Sub-saharienne, les rapports entre hommes et femmes s'inscrivent dans une dynamique de changement souvent décrite [Hollos, Larsen, 2004 ; Schatz, 2005] qui redéfinit rôles et statuts. Par exemple, le lien conjugal s'organise de plus en plus autour de la communication [Hollos, Larsen, 2004 ; Marie, 1997]. Cette littérature présente également les femmes africaines comme de plus en plus autonomes dans le

processus de décision autour de la procréation et de la contraception [Oyediran, Isiugo-Abanihe, 2002]. En outre, la conception des droits et des devoirs à l'égard des enfants confirme une préoccupation de plus en plus forte des parents vis-à-vis de leur avenir et de leurs conditions de vie matérielles et sociales [Datta, 2007 ; Marie, 1997]. Ces changements dans les dynamiques familiales influent sur les attitudes et les conduites développées à l'égard du VIH. Ainsi, les conduites des hommes doivent être considérées dans leur relation à leurs rôles de père et de conjoint. Nous pouvons faire l'hypothèse que c'est à travers les éléments propres à chacun de ces rôles que vont être traitées les recommandations en matière de prévention. Plus largement, on peut s'interroger sur la manière dont interagissent rôles familiaux et prise en compte du VIH.

Nous proposons dans cet article de décrire et d'analyser une diversité de positionnements de conjoints de femmes séropositives vis-à-vis de la prévention des risques de transmission du VIH dans leur couple et de la mère à l'enfant. En resituant leurs comportements à l'égard du VIH dans le cadre du couple¹, et plus spécifiquement dans deux de ses principales composantes, la conjugalité et la paternité, nous tenterons d'examiner, d'une part, la façon dont les hommes, selon leur sérologie au VIH, sont interpellés à travers leur rôle de conjoint et de père et d'autre part, les conséquences pratiques qui en découlent². Nous choisissons ici d'étudier ce que ces hommes **font** et le sens qu'ils attribuent à leur conduite. Cette réflexion privilégie une mise en perspective du rôle des hommes vis-à-vis des conseils de prévention prodigués aux femmes concernant les trois registres que sont : l'alimentation de l'enfant, le projet de procréation et la sexualité. Cette mise en perspective permet de cerner des rapports différenciés au risque et à la prévention chez un même individu, selon ces registres et plus largement, les domaines de la vie familiale auxquels ils renvoient. Autrement dit, c'est la manière dont les rôles de conjoint et de père interfèrent sur la gestion du VIH qui est ici interrogée. Plus fondamentalement, et en retour, la question de la prévention du VIH doit permettre de nourrir une réflexion plus globale sur certaines des composantes de la conjugalité et de la paternité telles qu'elles peuvent se construire actuellement en milieu urbain ivoirien.

La Côte-d'Ivoire est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest les plus touchés par le VIH ; en 2005, le taux de séroprévalence était de 4,7 % chez les adultes de 15-49 ans [EIS-CI]. Pourtant, la lutte contre l'épidémie est engagée de façon effective par l'État Ivoirien depuis 1988. Les points forts sont la revendication de l'accès aux traitements de l'infection par le VIH (1997), l'implantation de la première initiative d'accès aux médicaments de l'infection à VIH (1999) et enfin, un engagement relativement tôt dans la Prévention de la Transmission du virus de la

1. En regard des expériences des personnes rencontrées, nous définissons le couple comme deux personnes qui se reconnaissent en tant que conjoint, quelque soit leurs statuts résidentiel et matrimonial.

2. Nous avons fait le choix dans cet article de ne pas développer de manière approfondie les attitudes et les conduites des hommes en fonction des interactions conjugales dans lesquelles elles prennent en partie forme. Cette approche a été l'objet de publications (Tijou Traoré, 2006a, b) et d'un article à paraître (Tijou Traoré *et al.*, 2009).

Mère à l'Enfant (PTME). Aujourd'hui, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant constitue une des priorités de la politique ivoirienne de lutte contre le VIH/Sida.

Les matériaux présentés ici ont été recueillis à partir d'une étude qualitative conduite dans le cadre d'un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (Ditrane Plus³), mené à Abidjan entre 2001 et 2006, qui évaluait des interventions périnatales [Dabis *et al.*, 2005] et postnatales (Leroy *et al.*, 2007) pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans le cadre de ce programme de recherche, le test de dépistage du VIH était systématiquement proposé aux femmes enceintes venant consulter dans sept centres de santé d'Abidjan impliqués dans le programme de PTME. Les femmes séropositives incluses dans ce programme ainsi que leur(s) enfant(s) ont bénéficié après l'accouchement d'un suivi pendant deux ans, leur assurant un soutien d'ordre médical, psychologique et matériel. Elles ont également été incitées à dialoguer avec leur conjoint sur le résultat de leur test et sur la nécessité pour lui de le faire. Le volet « sciences sociales »⁴ de ce programme, composé d'une enquête quantitative et d'une enquête qualitative, visait à étudier les changements de comportements en matière de sexualité, de procréation et d'alimentation du nourrisson après ce dépistage prénatal (Desgrées du Loû *et al.*, 2009). Dans le cadre de l'étude qualitative sur laquelle repose cet article, des entretiens semi-directifs approfondis ont été réalisés, après leur accouchement auprès d'un groupe de femmes, et de leur conjoint⁵. Ces entretiens ont été répétés à un an d'intervalle. La proposition de participer aux entretiens a été faite aux femmes après leur inclusion dans le programme, par l'équipe qui les suivait. Les partenaires ont été sollicités par cette même équipe alors qu'ils accompagnaient leur femme et après que cette dernière ait donné son accord⁶. L'analyse qualitative proposée est illustrative. Elle porte sur des données recueillies auprès de dix couples abidjanais, cinq sérodifférents et cinq séroconcordants, et prend en compte les propos des deux membres du couple. Les hommes retenus dans cette analyse font partie de couples qui ont un profil particulier. Ce sont d'abord ceux qui ont accepté de participer à deux entretiens, donc particulièrement réceptifs à la démarche d'enquête. Par ailleurs, ces conjoints s'inscrivaient dans une situation extraordinaire : leur femme et leur enfant étaient pris en charge médicalement et matériellement dans un programme de PTME et avaient eux-mêmes des contacts avec ce programme ; ce qui n'est pas fréquent

3. ANRS 1201/1202. Investigateurs principaux : F. Dabis, V. Leroy, M.T. Konan, C. Welfens Ekra.

4. *Connaissance du statut sérologique maternel vis-à-vis de l'infection par le VIH et comportements en matière de sexualité, de procréation et d'alimentation du nourrisson à Abidjan, Côte d'Ivoire* ANRS 1253. Investigateurs Principaux : A. Desgrées du Loû, B. Zanou, V. Leroy, C. Welfens-Ekra.

5. L'étude qualitative a porté sur 33 femmes séropositives et 26 conjoints. Dix couples ont été retenus pour cette analyse ; avec eux, deux interviews ont pu être réalisés. Les guides d'entretien portaient sur plusieurs aspects : vie conjugale, connaissances et perceptions des risques liés au VIH, conseils de prévention reçus, sexualité, procréation, alimentation du nourrisson. Le dialogue conjugal sur les conseils de prévention était transversal.

6. Les femmes et leur conjoint ont été interviewés séparément. Les entretiens auprès des femmes ont été menés avant ou après leur partenaire, l'ordre était déterminé par leur disponibilité. Ils ont été réalisés par H. Agbo, B. Ehouo, A. Gnonziba et N. Kouamé que nous remercions. Le critère de choix des femmes et des hommes repose uniquement sur leur consentement à participer à l'entretien.

en Côte-d'Ivoire. Ces conjoints étaient tous informés de la séropositivité de leur femme. Ces hommes étaient âgés de 25 à 49 ans et les femmes de 23 à 40 ans. La plupart d'entre eux vivaient en union libre, quatre étaient mariés légalement ou coutumièrement ; parmi ceux-ci, un s'est marié légalement suite à la connaissance de la séropositivité de sa femme et un autre a formulé le projet de le faire. Ces couples, dont l'ancienneté des relations est comprise entre deux ans et demi et dix ans, étaient déjà formés lorsque le VIH les a affectés. Leur situation économique était marquée pour sept couples par la recherche d'un emploi (cinq femmes et deux hommes). Leur niveau d'instruction était relativement élevé : neuf hommes et huit femmes avaient un niveau secondaire ou supérieur.

En amont du rôle joué par le partenaire... la femme s'implique et s'impose

La participation à ce programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant crée des conditions de prise en charge spécifiques : elle procure un suivi médical pour la mère et l'enfant, mais intervient également, dans la vie de ces femmes, aux niveaux cognitif, psychologique et économique grâce au soutien qui leur est apporté. Directement ou indirectement, les conjoints sont aussi bénéficiaires de ces ressources immatérielles et matérielles puisque l'équipe du programme leur accorde une place et la quasi-totalité des hommes rencontrés l'investissent.

Le rôle du conjoint se joue ici dans un contexte défini au préalable par la femme, tout particulièrement à travers la manière dont elle traite les recommandations qu'elle reçoit dans le projet et les lui transmet. Les acteurs de santé du projet attendent de ces femmes qui apprennent avec souffrance leur séropositivité, qu'elles jouent le premier rôle, le plus difficile : divulguer à leur conjoint leur séropositivité et les inciter à faire leur test. Les conjointes des hommes que nous avons rencontrés ont pris en compte leur séropositivité et sont parvenues à dévoiler leur sérologie à leur conjoint. Leur rôle est déterminant dans la réalisation du test de dépistage de ce dernier, comme le confirme l'enquête quantitative [Desgrées du Loû *et al.*, 2007] : elles les ont toutes incités à le faire, en dehors de deux femmes dont les partenaires connaissaient déjà leur sérologie. Elles doivent ensuite engager le dialogue sur les conseils de prévention à appliquer dans leur couple. Pour certaines d'entre elles, ce dialogue est difficile à amorcer. Dans ce cas, le personnel peut être un relais important en prodiguant des conseils de prévention, pratique qui facilitera le dialogue conjugal. Dans d'autres couples, ce dialogue est facilité par une implication immédiate et soutenue des conjoints dans la prise en charge de leurs femmes, en particulier chez des couples sérodifférents, dont les relations conjugales s'articulent autour d'un dialogue intense et régulier [Tijou Traoré, 2006a].

Les femmes jouent un rôle déterminant dans le processus décisionnel conjugal au cours duquel les conseils de prévention vont être discutés, négociés, mais les

hommes prennent également leur part dans ce processus. Nous allons examiner tout d'abord leur manière d'être et de faire à l'égard du registre de prévention qui retient le plus l'attention des femmes et qui s'inscrit dans un domaine spécifiquement féminin : l'alimentation de l'enfant.

Quand le conjoint impose le choix du biberon pour préserver la santé de l'enfant

Lors de l'inclusion des femmes dans le programme de PTME, deux alternatives à l'allaitement maternel prolongé leur étaient systématiquement proposées, discutant les avantages et les risques de chacune et laissées à leur choix. La première option proposée était la pratique de l'alimentation artificielle depuis la naissance de l'enfant, la seconde, la pratique d'un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce [Leroy *et al.*, 2007]. Quel que soit leur choix, les femmes étaient soutenues par le personnel de santé du projet. En outre, le lait et le matériel étaient gratuitement fournis aux femmes. La complexité de ces recommandations se donne à lire dans ses liens avec l'expérience des femmes en Côte d'Ivoire qui consiste en un allaitement maternel prolongé (Desclaux, 2002), puis dans ses liens avec l'entourage social et enfin, avec le père de l'enfant.

L'option adoptée par la quasi-totalité des couples interrogés est l'alimentation artificielle. Dès que les conjoints sont informés de la séropositivité de leur femme, ils sont tous favorables à l'alimentation artificielle et leurs discours sont sans équivoque : « *J'ai pas hésité (...)* », « *Je préfère qu'elle suive le biberon* ». Leur attitude prend forme indépendamment de la nature des relations entre conjoints et de leur perception du VIH. La décision du conjoint est spontanée lorsqu'il a des contacts réguliers avec le projet, ou lorsqu'elle résulte d'une discussion avec leur femme ou l'équipe du projet sur les bénéfices du lait artificiel pour la santé de l'enfant. Cette adhésion se décline de différentes façons.

Lorsqu'ils connaissent la séropositivité de leur conjointe avant la naissance de l'enfant, certains conjoints vont au-delà de leur simple adhésion à l'alimentation artificielle et parviennent à convaincre leur femme de l'adopter lorsque celle-ci s'y refuse ou hésite. Cela concerne davantage des couples où la négociation est possible et, surtout, ceux où les conjoints s'impliquent aux côtés de leur femme dans leur prise en charge et celle de l'enfant. Ils parviennent à les convaincre en insistant parfois, auprès d'elles, sur le risque de transmission du VIH à l'enfant. L'un d'eux explique « *Je lui ai fait comprendre qu'avec le biberon on a moins de risque de contaminer l'enfant* ». Sa femme insiste sur la force de persuasion de son conjoint : « *je ne voulais pas (...) il m'a conseillé le biberon [en insistant] et puis j'ai accepté* ». Ils peuvent également modérer la dimension affective attribuée à l'allaitement maternel afin de les convaincre qu'elles ne seront pas de mauvaises mères : « *j'ai eu à lui expliquer qu'il y a plusieurs manières (...) d'être proche de son enfant* ». C'est le cas chez des hommes qui ont des relations avec leurs femmes articulées autour de marques d'attention et d'un dialogue régulier. Enfin,

ils parviennent aussi à les convaincre en apaisant leurs craintes liées aux réactions de l'entourage. Ils leur fournissent alors des arguments pour légitimer le choix du biberon face à l'entourage.

Lorsque des conjoints ne savent pas que leur femme est séropositive au moment de la naissance de leur enfant, ils s'opposent à l'alimentation artificielle ou ne retiennent pas cette manière de nourrir l'enfant. C'est le cas d'un conjoint séro-négatif qui déployait tous les moyens possibles pour dissuader sa femme de donner le biberon au nouveau-né. Cependant, dès lors qu'il a été informé de la sérologie de sa femme, il l'a tout de suite confortée dans ce choix en s'impliquant dans sa mise en application.

Une fois que les demandes du couple se sont accordées sur l'alimentation artificielle, sa mise en pratique peut révéler, au quotidien, des difficultés à même de perturber son maintien [cf. Desclaux *et al.*, 2006] et faire apparaître, chez certaines femmes, la fragilité de leur choix. Dans ce contexte, les hommes jouent un rôle déterminant dans le maintien de l'utilisation exclusive du biberon.

Pour soutenir leur femme dans l'alimentation quotidienne de leur enfant, plusieurs registres, matériel, affectif et moral peuvent être mobilisés. La plupart des hommes s'impliquent au quotidien auprès de leur femme, ce qu'elles confirment, estimant qu'il est de leur devoir de père mais aussi de conjoint de les épauler.

Leur attitude peut être mise en lien avec la nature de leur relation conjugale. Des hommes qui ont des relations étroites⁷ avec leur femme préparent ainsi le biberon ou, dans d'autres cas, le donnent à leur enfant en alternance avec elle. L'un d'eux explique : « *elle peut être fatiguée. Donc il faut bien que je sois là pour l'épauler* ». Les hommes qui ont des relations conjugales conflictuelles marquées par peu de dialogue se sentent davantage investis d'un rôle de contrôle, notamment lorsque leur femme était, au départ, opposée à l'alimentation artificielle. Ils veillent alors au bon déroulement de l'alimentation par le biberon, en particulier aux conditions hygiéniques dans lesquelles il est préparé, lorsqu'ils estiment qu'elles ne s'y conforment pas.

L'investissement des conjoints auprès de leur femme peut aussi être moral. Ainsi, certains d'entre eux, ordinairement attentionnés à leur égard, peuvent les rassurer lorsque, une fois la pratique engagée, elles expriment des regrets à utiliser le biberon considérant qu'elles n'assument pas leur rôle de mère tel qu'elles l'avaient toujours perçu. C'est aussi au-delà du cercle conjugal que les hommes peuvent intervenir, précisément dans l'entourage immédiat du couple qui incite souvent les femmes à allaiter leur enfant [cf. Desclaux, 2002 ; Thairu *et al.*, 2004] ; un rôle que l'ensemble des conjoints s'attribue. Ils les aident à trouver des stratégies pour répondre aux invectives de cet entourage tout en s'efforçant de ne pas divulguer la séropositivité de leur femme. Les discours des femmes montrent bien

7. Définies ici par l'existence d'un dialogue intense et régulier, un pouvoir décisionnel identique chez les deux membres du couple et des décisions plutôt consensuelles.

comment, seules, elles n'auraient pas toujours pu faire face à ces pressions et s'y seraient soumises. Certains hommes n'hésitent pas à s'associer publiquement au choix du biberon, voire à s'en approprier l'initiative, comme le dit un conjoint séropositif : « *J'ai essayé de lui [belle mère] faire comprendre que c'est moi qui ai choisi de ne pas donner le lait maternel et que c'est le lait artificiel qu'on doit prendre.* »

Ces hommes rencontrés renoncent à respecter des règles normatives et défendent leurs femmes d'une éventuelle stigmatisation compte tenu du fait qu'elles ne se plient pas entièrement à ce qui est attendu socialement d'elles. Malgré tout, leur attitude illustre parfois une forme de domination masculine sur la vie domestique en ce sens que leur décision est ferme et sans compromis.

Avant la connaissance de la séropositivité de leur femme, tous ces hommes étaient convaincus que la meilleure alimentation était l'allaitement maternel et bien qu'ils en soient toujours convaincus, ils se sont adaptés à la situation et ont changé d'attitude. Ce qui sous-tend leur implication dans le choix du biberon est soutenu par la gratuité du lait artificiel dans ce programme, mais aussi et dans la quasi-totalité des cas, par leur crainte très forte du risque de transmission du VIH à l'enfant. Les hommes vivent plus positivement l'usage du biberon que leurs femmes pour lesquelles les enjeux paraissent plus importants [Tijou Traoré *et al.*, 2009]. Un seul exprime des regrets à l'usage de l'alimentation artificielle, estimant que son enfant est devenu trop turbulent.

Pour tous les couples ayant un projet parental qu'ils considèrent non atteint, la séropositivité de la femme enceinte pose la question des enfants à venir, sans toutefois remettre en question la grossesse en cours. Les attitudes des hommes à l'égard du second registre, le projet de procréation, se construisent-elles à partir des mêmes logiques que celles qui ont guidé le choix de l'alimentation de l'enfant ?

Une remise en question du projet initial d'enfants

Dans le cadre du programme de PTME, le discours tenu aux femmes sur la procréation est plus informatif que directif. L'équipe médicale leur laisse la latitude de poursuivre leur projet de procréation tout en les informant des différents risques encourus et des possibilités thérapeutiques et en leur spécifiant qu'elles ne garantissent pas une prévention totale de la transmission du VIH à l'enfant. Cependant, un espacement des naissances d'au moins deux ans leur est conseillé.

Suite à ces recommandations, les couples décident soit l'abandon, soit l'ajournement des grossesses à venir. Ces recommandations sont d'autant plus complexes qu'elles prennent forme dans un contexte socioculturel où la procréation est valorisée. La littérature sur la procréation chez les femmes africaines séropositives met en exergue leurs difficultés et leurs angoisses [Aka-Dago, 1999 ; Baylies, 2000]. En revanche, peu d'études anthropologiques menées en contexte africain

questionnent les attitudes des conjoints sur la procréation lorsqu'ils sont informés de la séropositivité de leur femme.

La quasi-totalité des conjoints rencontrés souhaite dès la connaissance de la séropositivité de leur femme et quelle que soit leur sérologie, modifier leur projet d'enfants initial. Un seul conjoint, séronégatif, ne partage pas cette opinion alors que sa femme ne veut plus d'enfant. Les attitudes des conjoints se déclinent en des modalités diverses.

La séropositivité de leur femme peut conduire des hommes, en particulier séronégatifs mais aussi séropositifs, à ne plus vouloir d'autres enfants et à juger qu'ils ont assez d'enfants, même si avant la découverte de l'infection VIH ils en souhaitaient davantage, et même s'ils connaissent les moyens thérapeutiques pour prévenir le risque de transmission. Ce souhait d'arrêter la procréation peut être partagé par l'épouse, mais c'est rare. C'est le cas d'un seul couple, sérodifférent, celui qui a le plus d'enfants. D'une même voix, ils justifient leur choix pour la santé de l'enfant et du conjoint.

Plusieurs conjoints, en particulier ceux qui sont séropositifs, cherchent à convaincre leur femme de revoir à la baisse le nombre d'enfants encore désiré. L'un d'eux argumente autour du risque de transmission du VIH : *« puisque l'état de grossesse ne va pas avec l'existence du virus, si on était appelé à faire cinq enfants, on sera obligé de faire au plus deux »*. Il comprend d'autant plus le souhait de sa femme de vouloir d'autres enfants qu'elle n'a pas d'enfant biologique, alors que lui-même en a un. Il partage sa souffrance morale : *« Le fait qu'elle n'a pas d'enfant (...) avec l'âge avancé, j'éprouve de la peine pour elle. »*, cherchant en même temps à lui imposer un nombre d'enfant moins important.

Chez quasiment tous les conjoints rencontrés, le programme de PTME, comme cadre de prise en charge et de conseils, joue un rôle important dans la reconstruction du projet de procréation. En effet, quelles que soient leurs aspirations en matière de procréation, la plupart d'entre eux rappelle à leur femme la nécessité de s'en tenir au discours médical et les encourage à venir se renseigner auprès de médecins du projet. Face à l'entêtement de sa femme, un conjoint séropositif explique : *« elle a encore envie d'avoir un deuxième enfant, c'est elle que je vais convoquer chez le médecin (...) qui va lui dire d'arrêter »*.

Les aspirations individuelles de ces conjoints qui repensent leur projet d'enfants prennent forme dans des contextes qui apparaissent pourtant peu propices à la reformulation de leur projet de procréation. Ainsi, tous souhaitaient avoir d'autres enfants avant la connaissance de leur statut sérologique et de celui de leur femme. Le seul partenaire qui maintient son projet initial de procréation n'a qu'un seul enfant alors que sa femme en a deux.

L'attitude des conjoints varie peu selon leur statut sérologique. Elle est sous-tendue par des logiques diverses au sein desquelles le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est peu évoqué. Pour autant, le VIH occupe une place dans leur raisonnement. En effet, ces hommes sont inquiets pour l'état de santé de

leur épouse, en particulier ceux qui s'impliquent dans le projet aux côtés de leurs femmes. Ils estiment alors qu'une nouvelle grossesse ou une grossesse précoce pourraient avoir des incidences regrettables sur l'évolution de leur santé. Certains accordent également une place au VIH lorsqu'ils se positionnent en tant que père. Ils s'inquiètent pour leur propre santé et préfèrent limiter leur nombre d'enfants pour préserver l'avenir de ceux déjà présents. Malgré tout, le lien entre le VIH et leur propre santé reste peu évoqué par ces hommes, et ce, quel que soit leur statut sérologique.

Enfin, et en dehors de tout lien avec le VIH, l'attitude de deux conjoints peut être guidée par une logique économique. Ils se montrent soucieux de ne pas alourdir leurs dépenses par la venue d'autres enfants.

Dans la plupart des couples, des négociations sont engagées et conduisent certains conjoints à faire des compromis (ajournement ou diminution du nombre d'enfants) lorsque leur femme refuse de repenser le projet d'enfants. C'est alors davantage en tant qu'époux que ces conjoints réagissent : ils souhaitent préserver la qualité du lien conjugal et œuvrer au bonheur de leur femme. Ces compromis concernent des couples dont les relations sont proches (intérêt pour la vie de l'autre) et le dialogue intense et régulier ainsi que ceux où les femmes ont très peu ou pas d'enfants biologiques. C'est parce que sa femme n'a qu'un seul enfant biologique, qu'un conjoint séronégatif, déjà père de 3 enfants, a abandonné son idée initiale de plus vouloir d'enfants : « *moi, c'est toujours en tenant compte de ma femme.* »

Si le risque VIH n'est quasiment pas mis en lien avec la santé de l'enfant, pour autant les attitudes de la plupart des conjoints favorisent indirectement la prévention du risque de transmission du VIH.

Enfin, dans le dernier registre des conseils de prévention interrogés ici, celui de la sexualité, quel rôle jouent ces hommes à l'égard du risque VIH lors de la reprise des rapports sexuels ?

Lorsque les comportements sexuels tendent à ignorer le risque VIH

La protection des rapports sexuels est un des premiers conseils délivrés aux femmes lors de leur prise en charge dans le projet. Il leur est ainsi recommandé de protéger leurs relations sexuelles avec leur conjoint pour éviter leur contamination s'ils sont séronégatifs, et pour éviter une surcontamination s'ils sont séropositifs. Par ailleurs, son usage est préconisé dans le cadre de rapports sexuels extraconjugaux.

En Afrique, le dialogue conjugal autour du préservatif a souvent été décrit comme une pratique peu courante [Vidal, 1994, Muhwava, 2004]. La divulgation par les femmes de leur séropositivité tend à le rendre plus facile [Vidal, 1994 ; Théry, 1999] et la situation des couples rencontrés l'illustre bien : la quasi-totalité des couples en parle. Les discours recueillis révèlent des pratiques conjugales qui

se déclinent selon trois modalités : l'usage systématique du préservatif, sa non-utilisation et son utilisation occasionnelle. Cette diversité de comportements fait apparaître une plus grande protection des rapports sexuels dans des couples séroconcordants que dans ceux sérodifférents.

Lorsque les hommes, qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs, décident de l'usage systématique du préservatif, ils le font parfois en accord avec leur femme et dès le début de la reprise des rapports sexuels. Ce choix résulte d'une décision où chacun des membres se positionne en tant qu'acteur avec sa part de pouvoir dans la prise de décision. Cette conduite peut prendre forme en dépit d'un contexte peu propice à l'instauration d'une telle pratique. En effet, ils évoquent tous la difficulté de s'y soumettre même s'ils adoptent sans délais ce moyen de prévention. Cette pratique ne faisait pas partie de leur expérience sexuelle conjugale, en dehors d'un couple qui l'avait déjà utilisé.

À l'inverse, cette décision des conjoints d'utiliser le préservatif peut se faire en désaccord avec leurs femmes. Dans ce cas, ils s'efforcent de les convaincre, jugeant parfois leur conduite inadmissible pour leur propre santé. L'attitude des conjoints peut illustrer une vision dramatique du risque [Paicheler, 1997], en particulier lorsqu'il y a peu d'entente conjugale dans le couple. C'est le cas d'un conjoint séronégatif qui vit la sexualité avec sa femme comme un sacrifice, malgré l'usage du préservatif qui le protège de tout risque [cf. Tijou Traoré, 2006a]. Chez les conjoints séropositifs, la situation de séroconcordance peut être d'emblée perçue comme une situation justifiant l'usage du préservatif : certains l'utilisent soit pour éviter leur surcontamination, soit pour prévenir celle de leur femme, en particulier lorsqu'ils ont une charge virale plus élevée que la leur. En revanche, d'autres justifient son usage uniquement en conformité avec les recommandations du projet, sans pour autant comprendre le bien-fondé d'une telle démarche. Certains conjoints se positionnent par contre en tant que père ; ils perçoivent à travers une sexualité non protégée le risque de voir leur santé se détériorer et corollairement celui de ne pouvoir subvenir aux besoins de leurs enfants. Un conjoint séropositif souligne : « *comme il y a les enfants qu'il faut élever, il faut vraiment utiliser* ». De plus, ceux qui protègent leurs rapports sexuels sont ceux qui ne veulent plus d'autres enfants. Cette sexualité protégée dès la reprise des rapports sexuels et après l'annonce de la séropositivité de leur femme, n'est jamais remise en question, du moins au cours de la durée du recueil des données (1 an et demi à 2 ans). Les hommes considèrent, tout comme leurs femmes, que cette prévention fait dorénavant partie de leur sexualité.

À l'inverse, certains hommes, tous séronégatifs, sont à l'origine du rejet du préservatif. Cette absence de changement dans leur vie sexuelle se fait, le plus souvent, en désaccord avec leur femme, qui cherche à les convaincre, de crainte qu'ils ne soient contaminés. L'un d'eux explique : « *Je ne l'ai pas encore utilisé. Ça me peine d'aller avec elle avec un préservatif* ». Cependant, des couples sérodifférents peuvent être d'accord sur la non-protection de leurs rapports sexuels. La femme peut être à l'origine de cette pratique, en particulier lorsqu'elle perçoit

le préservatif comme un objet traumatique qui vient rappeler la présence du virus [cf. Pierret, 1999]. Dans ce cas, son conjoint acquiesce au nom d'un lien conjugal à préserver : « *Elle allait se dire que je m'éloigne d'elle* ». Cette logique peut s'expliquer par l'histoire conjugale qui s'articule autour de relations particulièrement fortes que l'homme et la femme ont su préserver des pressions familiales. Leur attitude à l'égard du préservatif est guidée par la qualité du lien conjugal qu'ils cherchent par-dessus tout à sauvegarder en refusant d'instaurer une autre sexualité que celle qui existait auparavant dans leur couple [Pierret, 1999 ; Meystre-Agustoni, 1999]. Chez certains, cet engagement affectif peut revêtir des formes extrêmes jusqu'à instrumentaliser le risque VIH comme un moyen pour prouver à leur épouse un sentiment toujours intact en dépit de leur séropositivité, comme nous l'avons montré [Tijou Traoré, 2006a]. Chez d'autres hommes, l'absence de protection des rapports sexuels peut provenir du coût du préservatif, ou d'un sentiment d'invulnérabilité au risque d'infection : ils sont restés séronégatifs en étant en couple avec une femme séropositive, et estiment que cela devrait se poursuivre dans l'avenir.

L'utilisation du préservatif peut aussi être occasionnelle, ce que les hommes justifient par l'absence de plaisir lors des relations sexuelles protégées (Bond, Dover, 1997), ou en expliquant qu'ils ne l'utilisent qu'à des fins contraceptives et donc seulement aux périodes où la femme est fertile. Cela concerne des couples dont le conjoint a une faible implication dans le suivi médical de sa femme et qui communiquent peu ensemble.

L'examen des conduites masculines possibles à l'égard de la prévention du VIH autour de l'alimentation du nourrisson, la procréation et la sexualité montrent d'une part, à quel point les hommes peuvent se construire un rôle positif et actif dans la prévention du VIH, d'autre part, que ce rôle varie selon leur statut dans le couple et la famille : ces hommes prennent plus en compte le risque de transmission du VIH à l'enfant, en tant que pères, qu'ils ne prennent en compte le risque de transmission du VIH dans le couple, en tant que conjoint. Ces analyses montrent également que les conjoints séronégatifs ne sont pas dans un oubli ou une forme de déni du risque, ce sont leurs conceptions des droits et des devoirs au sein du couple qui étaient leurs attitudes à l'égard du VIH.

Les interactions entre les dynamiques conjugales et parentales et la prévention du VIH

De ces expériences masculines émergent trois principaux éléments qui interviennent dans le processus de construction du rôle des hommes à l'égard de la prévention du VIH. La construction de ce rôle prend tout d'abord ancrage dans une vie conjugale et familiale tout en illustrant des expressions de la conjugalité et de la paternité qui confirment et documentent les tendances relevées dans la littérature sur des nouvelles formes de conjugalité et de paternité qui se construisent en milieu urbain africain.

Le premier élément qu'il convient de développer pour comprendre la construction de leur manière d'être et de faire à l'égard de la prévention concerne le rôle de conjoint. Une des premières caractéristiques de la conjugalité qui transparait à travers des discours des conjoints concerne la conception du couple dans ses liens avec la famille élargie. En contexte africain, son rôle est décrit comme prédominant dans nombre de registres de la vie sociale malgré les transformations des dynamiques familiales. La prise de distance à l'égard de la famille élargie peut se lire à travers l'attitude de ces hommes à l'égard de l'alimentation. Pour défendre le choix de l'alimentation artificielle, des conjoints revendiquent et affirment l'autonomie de leur couple. Ils développent des stratégies et montrent à quel point ils se donnent les moyens de contourner les pressions familiales. Ceux qui n'ont pas eu besoin de l'imposer à leur famille sont parfois ceux qui, au quotidien, parviennent le plus à protéger leur vie de couple : « *Non [je n'ai pas eu trop de problème avec la famille] mais c'est quand vous donnez l'occasion à quelqu'un de s'impliquer dans vos affaires que ça se passe* ». L'élaboration du projet d'enfants en est également une illustration. Pour certains, ce projet doit être pensé en dehors des aspirations familiales. S'exprimant sur l'éventualité d'une telle ingérence, un conjoint explique : « *c'est pas encore le cas mais, même ma belle-mère ou ma mère, c'est pas elles qui seront chargées de s'occuper de mes enfants. On ne me dicte pas ma manière de vivre* ». Les modes relationnels dans le couple donnent aussi à lire des aspects de la conjugalité. Les hommes rencontrés illustrent dans la quasi-totalité des cas l'existence d'un dialogue et – à des degrés divers – la possibilité tant pour les femmes que pour les hommes de l'entreprendre. Ce dialogue conjugal peut s'observer, dans la plupart des cas, par rapport à l'ensemble des conseils de prévention prodigués à la femme. Cette situation semble en partie articulée à la conception que la plupart de ces hommes ont de la communication conjugale dans laquelle ils trouvent de l'intérêt pour le bon fonctionnement de leur vie de couple, en particulier à travers l'entraide et la confiance qu'elle favorise. Les expériences de ces hommes témoignent en outre de l'existence de couples qui rendent possible et effective l'expression de sentiments encore peu souvent évoqués dans la littérature. La tendresse, l'attention et la protection sont des manifestations qui peuvent modeler les relations entre hommes et femmes. Ces sentiments s'illustrent à travers des comportements spécifiques qui se donnent à lire à travers la mise en pratique de certains conseils de prévention. Ainsi, l'implication des conjoints à l'égard du biberon montre à quel point ils peuvent être dans l'attention et le soutien moral et physique de leur femme. C'est aussi le cas lorsqu'ils veillent à ne pas les blesser psychologiquement dans leur manière de penser la sexualité ou encore lorsqu'ils font des compromis par rapport au projet d'enfants. Un tel investissement affectif et moral de la part de ces conjoints peut également se lire dans le renforcement des relations conjugales suite à la connaissance de la séropositivité de leur femme. Il concerne davantage des couples sérodifférents mais des conjoints séropositifs peuvent partager cette attitude, comme l'un d'eux l'exprime : « *Ce qui a changé, c'est que l'amour a augmenté. Maintenant, on est devenu plus soudé encore* ». La consolidation du lien peut aussi trouver son expression à travers l'officialisation de la relation, qui donne plus d'ancrage dans l'avenir

et est vécue comme une preuve d'amour, comme deux couples sérodifférents l'attestent. Ce rapprochement du lien peut également s'observer chez des couples où les relations conjugales n'étaient pas forcément prédisposées à ce type d'investissement de la part du conjoint, que ce dernier soit séropositif ou séronégatif. Accompagner leur femme dans le programme de PTME, dans l'objectif de les aider à mieux vivre leur séropositivité, c'est aussi, de la part de ces conjoints, des manifestations d'attention et de protection. Un conjoint séropositif en parle : « *Évidemment, tout est couronné d'amour. C'est quand on aime, on fait* ». Un autre abonde dans le même sens : « *Pour moi, c'est (...) une façon de montrer à ma femme que je l'aime* ». Cela peut être aussi soutenir moralement leur femme, l'aider dans l'observance du traitement et le suivi des rendez-vous médicaux, ou encore s'intéresser aux conseils qu'elle reçoit dans le projet.

Ces matériaux dévoilent ensuite des pans des conceptions de la paternité, qui à leur tour, participent de la construction des rôles des hommes dans la prévention du VIH. Les propos de conjoints rencontrés confirment les attitudes relevées dans la littérature selon lesquelles les pères sont soucieux de l'avenir de leurs enfants. Selon eux, la conception du rôle de père suppose de mettre à la disposition de leurs enfants les moyens nécessaires à leur parfaite intégration sociale en termes de scolarisation et de réussite professionnelle. Les enfants sont un sujet d'échange important dans le couple. Corollairement, le devoir de père, tel que ressenti par ces conjoints, peut être un objet de craintes important. Des conjoints, en particulier séropositifs, évoquent ces craintes liées à l'incidence de leur mort sur l'avenir de leurs enfants. Une étude menée en Afrique du Sud auprès de familles affectées par le VIH fait état de l'investissement des conjoints dans des tâches domestiques ou dans les soins apportés à l'enfant (Montgomery *et al.*, 2006). Les conduites de certains conjoints rencontrés confirment cette tendance. Ainsi, leur conception du rôle de père peut les inciter à s'investir dans des domaines spécifiquement réservés aux mères. Ils peuvent participer à des activités de soins maternels : laver l'enfant, lui donner le biberon, faire les courses qui s'y rapportent. En outre, leur conception des devoirs du père peut traduire une perception favorable de la contraception et de la planification familiale. On les entend bien souvent en prôner les bienfaits et ce indépendamment de leur statut sérologique et du nombre de leurs enfants biologiques : « *Parce que ça permet de suivre les enfants* ». Le lien entre la gestion du VIH et ces nouvelles dynamiques conjugales et parentales est ainsi une question complexe. On peut s'interroger sur le rôle du VIH dans ces expressions de la conjugalité et de la paternité et inversement, sur l'influence des manières d'être et de faire à l'égard de la conjointe et des enfants sur la prise en compte du VIH. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'arrivée du VIH dans la famille renforce les attitudes masculines à l'égard de leur rôle de conjoint et celui de père. Il semble en effet que leur attitude suit l'évolution des relations déjà engagées dans la famille et le couple, avec plus d'acuité. On peut repérer ce lien à travers des illustrations d'attitudes masculines comme celles qui consistent à accompagner leur femme lors de leur suivi ou à prouver la force d'un lien conjugal face au VIH en refusant d'utiliser le préservatif ou en précipitant le mariage. De

ce point de vue, on peut penser que l'application de conduites de prévention peut fragiliser ou au contraire renforcer des aspects de la conception que ces hommes se font de leur rôle de conjoint et de père.

Mais ces expériences masculines à l'égard de la prévention du VIH prennent aussi ancrage dans un autre cadre spécifique : un programme de PTME dans lequel une place est accordée aux hommes ; elles doivent ainsi être considérées dans leur relation aux conditions de prise en charge et d'accompagnement qui en découlent. Le rôle de ce projet paraît déterminant à deux égards. D'une part, il conditionne en partie la construction du rapport au risque de ces hommes. En effet, la diffusion de recommandations précises, d'informations sur la prévention du VIH et la prise en charge médicale et matérielle fournissent un cadre auquel les hommes comme leurs conjointes se montrent très attachés (Tijou Traoré *et al.*, 2009) et favorisent la prise en compte du VIH dans les pratiques. Mais, on repère que la proximité de ces hommes avec le discours médical est prégnant dans des domaines spécifiquement féminins, comme celui de l'alimentation de l'enfant, alors qu'elle tend à s'effacer dans le registre de la protection des rapports sexuels. D'autre part, l'équipe du projet influe sur les incidences de la séropositivité dans le fonctionnement de la vie conjugale. C'est le cas lorsque l'équipe soutient, directement ou indirectement, l'annonce de la séropositivité au conjoint, contribuant à modérer les réactions négatives qui en découlent ou pourraient en découler. En outre, les contacts que les hommes ont avec l'équipe, dans le cadre de l'accompagnement de leur conjointe ou d'initiatives personnelles, rendent propices l'instauration ou le maintien d'un dialogue conjugal autour des conseils de prévention. Enfin, l'équipe leur propose un cadre où ils peuvent puiser du soutien moral et ils s'en saisissent le plus souvent.

Pour conclure

Ces illustrations de conduites masculines vis-à-vis de la prévention du VIH sont autant d'éléments qui étayent les orientations des recommandations internationales stipulant une plus grande implication des hommes dans les programmes de PTME. La place accordée aux hommes dans les programmes de prévention du VIH doit se construire en lien avec le rôle déterminant de l'équipe du projet dans l'accompagnement des couples et dans l'instauration ou le renforcement du dialogue conjugal. Elle doit aussi prendre en compte les éléments de domination masculine dans l'univers domestique qui apparaissent parfois dans le cadre de l'alimentation de l'enfant, et qui sont à même de susciter des relations inégalitaires ou de les exacerber lorsqu'elles existent déjà. Mais leur posture à l'égard de la prévention ne doit pas être entendue comme une attitude réifiée qui serait transversale à tous les registres de la prévention. Elle doit être resituée en relation avec les domaines de la vie sociale en jeu et les rôles de conjoint et de père qui en découlent, orientations actuellement questionnées par des travaux anthropologiques autour du VIH⁸.

8. Je renvoie le lecteur tout particulièrement à l'intervention d'Alice Desclaux à la 15^e ICASA, Dakar, décembre 2008.

BIBLIOGRAPHIE

- AKA-DAGO H., DESGREES DU LOÛ A., MSELLATI P., DOSSOU R., WELFFENS-EKRA C. [1999], « Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte-d'Ivoire », *Health Reproductive Matters*, n° 7, p. 20-29.
- BARDEM I., GOBATO I. [1995], *Maux d'amour, vies de femmes*, Paris, L'Harmattan, 174 p.
- BAYLIES C. [2000], « The impact of HIV on family Size preference in Zambia », *Reproductive Health Matters*, vol. 8, n° 15, p. 77-86.
- BOND V., DOVER P. [1997], « Men, Women and the trouble with condoms : problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia », *Health Transition Review*, supplement. vol. 7, p. 377-391.
- DELOR F. [1997], *Séropositifs*, Paris, L'Harmattan, 384 p.
- DABIS F., BEQUET R., EKOUÉVI D.K., VIHO I., ROUET F., HORO A., SAKAROVITCH C., BECQUET R., FASSINO P., DEQUAE-MERCHADOU L., WELFFENS-EKRA C., ROUZIYOUX C., LEROY V., ANRS 1201/1202 Ditrane Plus study group [2005], « Field efficacy of Zidovudine, Lamivudine and single-dose Nevirapine to prevent peripartum transmission of HIV », *Aids*, n° 19, p. 309-318.
- DATTA K. [2007], « "In the eyes of a child, a father is everything" : Changing constructions of fatherhood in urban Botswana ? », *Women's Studies International Forum*, vol. 30, n° 2, p. 97-113.
- DESCLAUX A. [2002], « Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des mères séropositives en Afrique », in Bonnet D., Le Grand Sébille C., Morel M.F. (eds), *Allaitements en marge*, Paris, l'Harmattan, p. 69-85.
- DESCLAUX A., CROCHET S., QUERRE M., ALFIERI C. [2006], « Le "choix informé" des femmes séropositives qui doivent alimenter leur enfant : interprétations locales, limites et nouvelles questions », *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*, Paris, Les collections du CEPED, série Rencontres, p. 245-262.
- DESCLAUX A., DESGREES DU LOÛ A. [2006], « Les femmes africaines face à l'épidémie de sida », *Population et sociétés*, n° 428, 4 p.
- DESGREES DU LOÛ A., BROU H., DJOHAN G., BECQUET R., EKOUÉVI D., ZANOU B., VIHO I., ALLOU G., DABIS F., LEROY V. [2007], « Beneficial effects of offering prenatal HIV counselling and testing on developing a HIV preventive attitude among couples. Abidjan, 2002-2005 », *Aids and Behavior*.
- DESGREES DU LOÛ A. [2005], « The couple and HIV/aids in Sub-Saharan Africa. Telling the Partner, Sexual Activity and Childbearing », *Population*, vol. 60, n° 3, p. 179-198.
- DESGREES DU LOÛ A., BROU H., TIJOU-TRAORE A., DJOHAN G., BECQUET R., LEROY V. for the ANRS 1201/1202/1253 Ditrane Plus Group, « From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple », *Social Science and Medicine*, Special issue « Women, Mothers and HIV Care in Resource-Poor Settings » coord. by Desclaux A., Msellati P. and Walentowitz S., n° 69, p. 892-899.
- EIS-CI, http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/HF14/CotedIvoire_HIV_factsheet_french.pdf
- HOLLOS M., LARSEN U. [2004], « Which African men promote smaller families and why ? Marital relations and fertility in a Pare community in northern Tanzania », *Social Science and Medicine*, vol. 58, n° 9, p. 1733-1750.
- LEROY V., SAKAROVITCH C., VIHO I., BECQUET R., EKOUÉVI D., BEQUET L., ROUET, F., DABIS, F., TIMITE-KONAN M. [2007], « Acceptability of Formula-Feeding to Prevent HIV Postnatal

- Transmission, Abidjan, Côte d'Ivoire », ANRS 1201/1202, Ditrane Plus Study, *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 44, n° 1, p. 77-86.
- MARIE A. [1997], « Les structures familiales à l'épreuve de l'individualisation citadine », *Ménages et familles en Afrique – Approches des dynamiques contemporaines*, Paris, Les Etudes du Ceped, n° 15, p. 279-299.
- MUHWAVA W. [2004], « Condom use within marriage and consensual unions in area oh HIV/AIDS in Zimbabwe », *African Population Studies*, 2004, n° 19, p. 118-141.
- MEYSTRE-AGUSTONI G. [1999], « Prises de risques chez les personnes vivant avec le VIH/sida », *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, p. 101-112.
- MONTGOMERY C. M., HOSEGOOD V., BUSZA J., TIMAEUS I.M. [2006], « Men's involvement in the South African family : Engendering change in the AIDS era », *Social Science and Medecine*, n° 62, p. 2411-2419.
- OMS [2007], Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242596014_fre.pdf
- OYEDIRAN K. A., ISUOGO-ABANIHE U. C. [2002], « Husband-Wife Communication and couple's Fertility desires among the Yoruba of Nigeria », *Étude de la Population africaine*, vol. 17, n° 2, p. 61-80.
- PAICHELER G. [1997], « Modèles pour l'analyse et la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, n° 4, p. 39-70.
- PIERRET J. [1999], « Vie sexuelle et affective des personnes asymptomatiques de longue durée », *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, p. 71-83.
- SCHATZ E. [2005], « "Take your mat and go !" Rural Malawian women's strategies in the HIV/AIDS era », *Culture, Health and sexuality*, vol. 7, n° 5, p. 479-492.
- THAIRU L. N., PELTO G. H., ROLLINS N. C., BLAND R. M., NTSHANGASE N. [2004], Sociocultural influences on infant feeding decisions among HIV-infected women in rural Kwa-Zulu Natal, South Africa, *Maternal and Child Nutrition*, n° 1, 9 p.
- THERY I. [1999], « Une femme comme les autres. Séropositivité, sexualité et féminité », *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, p. 113-136.
- TIJOU TRAORE A. [2006a], « Dialogue, gestion des risques de transmission du VIH et choix reproductifs au sein de couples sérodifférents résidant à Abidjan (Côte-d'Ivoire) », *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*, Paris, Les collections du CEPED, série Rencontres, p. 121-136.
- TIJOU TRAORE A. [2006b], « Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité à son conjoint au sein de couples sérodiscordants à Abidjan (Côte-d'Ivoire) », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n° 2, p. 43-65.
- TIJOU TRAORE A., QUERRE M., BROU H., LEROY V., DESCLAUX A., DESGREES DU LOÛ A., [2009], « Couple, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast », *Social Science and Medicine*, special issue « Women, mothers, and HIV care in resource-poor settings » edited by A. Desclaux, P. Msellati, S. Walentowitz, n° 69, p. 830-837.
- VAN DE PERRE, P. [2000], « L'épidémiologie, questions de santé publique et dernières recommandations » in *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, Médecines du Monde, p. 47-79.
- VIDAL L., N'GUESSAN B. T., BLIBOLO A. D., [1994], « Coûts du sida et prise en charge de la

séropositivité : aspects anthropologiques et économiques de la maladie à Abidjan (Côte-d'Ivoire) », Rapport final « Action Incitative Sciences sociales et Sida de l'Orstom ».

VIDAL L. [2000], *Femmes en temps de SIDA*, Paris, PUF, 195 p.

Quelle place pour les hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ?

Revue de la littérature et étude de cas dans les Pays en Développement

*Joanna Orne-Gliemann**

Pourquoi se poser la question de la place des hommes dans la PTME ?

Depuis le début de la pandémie du VIH/SIDA dans les années 1980, la réduction significative du nombre de nouvelles infections par le VIH est un défi pour l'instant non résolu à l'échelle planétaire. Il est estimé que 2,5 millions de personnes ont été nouvellement infectés par le VIH dans le monde en 2007 (dont 1,7 million en Afrique sub-saharienne) (UNAIDS, 2007). En outre, les femmes en âge de procréer constituent le groupe de population le plus vulnérable au VIH dans certaines parties du monde. La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans et infectées par le VIH peut en effet dépasser 30 % en Afrique australe (UNAIDS, 2007). Ces femmes en âge de procréer sont également la principale source de l'infection pédiatrique par le VIH. Ainsi, en 2007, 420 000 enfants ont été infectés par le VIH (UNAIDS, 2007), la plupart à la suite de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) qui peut avoir lieu pendant la grossesse, l'accouchement, et l'allaitement maternel. En l'absence de toute intervention préventive, le risque global de TME du VIH parmi les femmes infectées par le VIH est estimé entre 15 et 30 % lorsque les femmes n'allaitent pas leur enfant et entre 20 et 45 % lorsqu'un allaitement maternel est pratiqué (De Cock *et al.*, 2000).

La recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle conduite au cours des années 1990 a permis de définir des stratégies de santé publique « simples », mises en œuvre en fin de grossesse et autour de l'accouchement, et susceptibles de réduire le risque de TME du VIH à moins de 2 % (European Collaborative Study, 2005). Il s'agit tout d'abord du conseil et dépistage prénatal du VIH, puis, pour les femmes identifiées comme infectées par le VIH, d'une prophylaxie de

* Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement, Université Victor Segalen - Bordeaux 2, France. Joanna.Orne-Gliemann@isped.u-bordeaux2.fr

médicaments antirétroviraux (ARV) et de la modification des pratiques d'allaitement maternel (allaier moins longtemps et de façon exclusive, *i.e.* sans donner d'autres liquides ou solides au nouveau-né), Ces interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) sont mises en œuvre à l'échelle mondiale depuis le début des années 2000. Cependant, plusieurs indicateurs témoignent d'une disponibilité et d'une utilisation insuffisante et inadéquate des services de PTME dans les pays à ressources moyennes et limitées. Ainsi dans ces pays il est estimé qu'en 2007 seules 20 % des femmes enceintes ont été testées pour le VIH et moins de 35 % des femmes infectées par le VIH ont reçu une prophylaxie antirétrovirale de PTME (World Health Organisation, 2008).

Des activités de recherche ont permis d'explorer les différentes contraintes opérationnelles rencontrées au sein des programmes de PTME. Ces études ont montré, entre autres, que la qualité et l'efficacité de l'intégration des services de PTME au sein des systèmes de santé préexistants dépendaient largement des ressources humaines et logistiques disponibles, et par là même de la situation économique et financière des systèmes de santé des pays concernés (Amornwichee *et al.*, 2002 ; Ekouevi *et al.*, 2004 ; Msellati *et al.*, 2001 ; Stringer *et al.*, 2003). En revanche, les questions sociales et culturelles soulevées par cette intervention de prévention du VIH/SIDA ont été relativement négligées. Les conditions environnementales et de pauvreté, l'insuffisance des niveaux d'instruction et la prégnance de certaines normes socioculturelles parmi les femmes enceintes, leur entourage, ainsi que les professionnels et décideurs de santé, peuvent constituer des obstacles à l'utilisation à large échelle des services de PTME, mais cela est encore peu exploré. En particulier, le rôle du père dans la PTME, la relation de la femme avec son partenaire et la place du couple dans la PTME ont fait l'objet d'une réflexion insuffisante.

Pourtant la PTME soulève de nombreux enjeux sociaux et culturels liés aux relations de couple face à l'infection par le VIH. Dans les centres de santé, les programmes de PTME ont essentiellement été construits en considérant exclusivement les femmes : ce sont aux femmes enceintes à qui l'on propose le dépistage du VIH, et, lorsqu'elles sont séropositives pour le VIH, à qui l'on conseille une pratique d'alimentation infantile adaptée. En réalité cependant, les femmes ne gèrent pas seules leur grossesse et les décisions concernant l'enfant à naître. À la maison, au sein de leur couple et de leur famille, elles doivent mettre en pratique les conseils reçus dans le programme de PTME dans un contexte parfois marqué par la domination masculine et la pression familiale. Ainsi de nombreuses questions se posent : qu'est-ce que cela implique pour une femme d'accepter d'être dépistée pour le VIH, et de réduire la durée de l'allaitement maternel pour éviter la transmission du VIH par le lait ? Quelles répercussions conjugales prévoir ? Peut-elle se confier sans risque à son conjoint, lorsqu'elle est infectée ? Dans le cas contraire, le silence sur son infection la protège-t-elle ?

Cette préoccupation de la place et du rôle des conjoints dans la PTME s'est exprimée dès le début des années 2000 et les premières années de la mise en place

des programmes opérationnels de PTME. Mais il s'agissait surtout d'un constat fait par les acteurs de terrain, i.e. les agents de santé impliqués dans l'offre quotidienne des services : celui que les enjeux de l'influence de l'homme dans l'utilisation et l'acceptabilité des interventions de PTME apparaissent sous-estimés. Finalement, jusqu'à présent, ni la recherche, ni les initiatives opérationnelles, n'ont accordé à l'homme une place réaliste et adéquate dans le processus de PTME. À ce jour, la prise en compte des hommes dans la PTME est encore un défi pour les acteurs de santé publique et les chercheurs.

Dans un premier temps, ce papier présente les résultats d'une revue de la littérature sur le rôle de l'homme dans l'acceptabilité et l'utilisation des services de PTME, les obstacles à leur implication et les stratégies proposées pour impliquer davantage les hommes dans la PTME. Dans un second temps, il propose les premiers enseignements tirés d'une enquête transversale et qualitative sur l'implication des hommes dans la PTME conduite dans le cadre d'un essai d'intervention dans quatre pays à ressources limitées.

Les contraintes du manque d'implication des hommes à chaque étape de la PTME

Cette revue de la littérature s'est focalisée sur les données scientifiques et programmatiques publiées entre janvier 1990 et novembre 2008 et permettant de mieux comprendre la place de l'homme dans les programmes de PTME dans les pays à ressources limitées, les plus touchés par l'épidémie de VIH/SIDA¹. Les données scientifiques et programmatiques présentées ci-dessous sont issues de 34 programmes de PTME mis en place dans 15 pays, principalement en Afrique sub-saharienne. Malgré l'abondance de littérature sur les résultats de la recherche clinique et opérationnelle conduite en matière de PTME à l'échelle mondiale, cette revue de la littérature sur la place de l'homme dans la PTME a révélé le manque cruel de données scientifiques sur le sujet, à la fois dans la littérature anglophone et francophone. La plupart des données disponibles sont celles rapportées par les femmes participant à des programmes de PTME, et sont focalisées sur « l'influence des hommes sur les pratiques des femmes ». Le plus souvent, le rôle des hommes n'est souligné qu'à la fin des publications, sous la forme d'une recommandation générale : « il faudrait impliquer davantage les hommes dans la PTME ». Les données disponibles sont principalement africaines, les expériences de programmes

1. Les bases de données scientifiques Medline, Scopus, et Francis ont été interrogées, en combinant les mots-clés suivants : « HIV infections », « disease transmission/vertical » et « male OR partner OR husband ». Le moteur de recherche eTBLAST a également été utilisé avec le texte libre « men's involvement and prevention of mother-to-child transmission of HIV ». Cette sélection de références a été complétée par les publications de certains auteurs clés. Les résumés des conférences internationales sur le SIDA ont été consultés depuis 2001 en sélectionnant les résumés comprenant les termes male/partner/couple » et « PMTCT » dans leur titre. Enfin les sites Internet d'un certain nombre d'institutions internationales impliquées dans le champ de la PTME et du VIH/SIDA en général, telles que l'Organisation Mondiale pour la Santé, ONUSIDA, USAID, Family Health International ou Population Council, ont été consultés afin d'identifier des expériences de terrain non publiées mais accessibles.

de PTME asiatiques ou latino-américains ne sont pas publiées, probablement et malheureusement en raison de la faible et moyenne prévalence du VIH sur ces continents.

Le conseil et dépistage prénatal du VIH

Les quelques données disponibles fournissent tout d'abord des indications sur le rôle de l'homme dans l'acceptabilité et l'utilisation, par les femmes, des différents services de PTME. Elles montrent que l'homme pourrait jouer un rôle non négligeable dans le nombre élevé de femmes perdues de vue à chaque étape des programmes de PTME. Le conseil et le dépistage prénatal du VIH ont en effet longtemps été proposé aux femmes enceintes en supplément aux autres services de santé prénatale, et les femmes pouvaient décider d'accepter cette intervention ou non (stratégie « opt-in »). De nombreuses études transversales conduites dans le cadre de programmes opérationnels de PTME en Afrique sub-saharienne ont montré que la volonté/nécessité de consulter son conjoint était l'une des raisons principales données par les femmes enceintes pour expliquer leur refus du conseil et dépistage VIH (Bajunirwe & Muzoora, 2005 ; Kowalczyk *et al.*, 2002 ; Perez *et al.*, 2004 ; Sarker, Sanou, Snow, Ganame, & Gondos, 2007). En outre, les résultats d'observations réalisées en 2004 au sein d'un programme de recherche opérationnelle en zone rurale au Zimbabwe ont montré que, lors des séances d'éducation pour la santé dispensées en consultation prénatale, il était fréquent d'entendre les infirmières suggérer aux femmes, non seulement de discuter de la PTME avec leur partenaire, mais surtout de leur demander l'autorisation de bénéficier de services de conseil et de dépistage du VIH (Orne Gliemann, 2005). Les résultats d'entretiens approfondis conduits au Botswana, explorant de façon fine les facteurs contraignant la participation des femmes à la PTME, ont suggéré que cette influence de l'homme comme principal preneur de décision était peut-être aussi parfois surestimée et que certaines femmes utiliseraient leur partenaire comme alibis afin d'échapper au dépistage du VIH (Kebaabetswe, 2007). Au sein de rares études qualitatives documentant la perspective du partenaire, conduites en Afrique du Sud et en Inde, les hommes ont déclaré que leur femme n'avait pas à les consulter et qu'ils l'encourageaient à être testée (Peltzer, Mosala, Shisana, Nqueko et Mngqundaniso, 2007 ; Shankar *et al.*, 2003).

Aujourd'hui, la priorité à l'échelle mondiale, et pour tous les groupes de population, est à l'amélioration de la couverture du conseil et dépistage du VIH (De Cock, Marum, & Mbori Ngacha, 2003 ; Granich, Gilks, Dye, De Cock, & Williams, 2008). Ainsi, le dépistage du VIH des femmes enceintes est de plus en plus considéré comme faisant partie intégrante des services de santé prénatale en routine² (stratégie « opt-out ») (World Health Organisation & UNAIDS, 2007). Malgré cette nouvelle stratégie de santé publique, l'influence de l'homme sur l'acceptabilité du dépistage prénatal du VIH semble persister (Homsy *et al.*, 2007).

2. Le test du VIH est, par défaut, systématiquement fait aux femmes enceintes à l'occasion d'un prélèvement de sang, mais non obligatoire : les femmes peuvent le refuser.

Le rendu du résultat du test VIH aux femmes enceintes se fait au cours d'un conseil post-test du VIH adapté à leur statut sérologique. Cette étape est souvent la moins suivie des programmes de PTME (variant de 15 à 75 % des femmes dépistées), et semble également être influencée par la figure de l'homme. Ainsi, une étude transversale conduite en Afrique du Sud a montré que les femmes étaient souvent réticentes à revenir chercher les résultats de leur test par peur de connaître leur statut sérologique, mais aussi par crainte des réactions du partenaire et du contexte de discrimination envers les femmes infectées par le VIH (Etiebet, Fransman, Forsyth, Coetzee, & Hussey, 2004). L'acceptabilité du processus de conseil et dépistage prénatal du VIH semble donc en partie limitée par une combinaison entre la nécessité réelle et perçue pour les femmes d'obtenir l'accord et du soutien de l'homme pour cette démarche qui va nécessairement avoir des répercussions sur leur vie conjugale.

Le partage des résultats du dépistage prénatal du VIH

Parmi celles qui font le test, une part importante des femmes n'informe d'ailleurs pas leur partenaire. Dès 2004, une revue de la littérature sur le sujet a constaté que seules 16 à 85 % des femmes conseillées et dépistées pour le VIH pendant les consultations prénatales annonçaient leurs résultats à leur partenaire (Medley, GarciaMoreno, McGill, & Maman, 2004). Un grand nombre de femmes testées s'exposent donc à de nombreuses sources d'anxiété et à un manque de soutien familial et social dans la gestion de leur statut sérologique. En outre, un décalage considérable entre les taux de partage des résultats du test selon le statut sérologique a été montré en Côte d'Ivoire, avec plus de 95 % des femmes séronégatives déclarant avoir annoncé leur statut sérologique à leur partenaire, contre 46 % parmi les femmes infectées par le VIH (H. Brou *et al.*, 2007). Les femmes infectées par le VIH peuvent en effet craindre d'être accusées d'infidélité, d'être abandonnées, stigmatisées, ou encore violentées en raison de leur séropositivité. La proportion de femmes qui subissent des réactions négatives lorsqu'elles annoncent leur infection VIH à leur conjoint n'est en réalité pas très élevée, mais elle n'est pas nulle (H. Brou *et al.*, 2007 ; Gaillard *et al.*, 2002 ; Kilewo *et al.*, 2001 ; Nebié *et al.*, 2001). Dans l'ensemble, les cas de rejet ou de violence physique ou émotionnelle sont estimés entre 3,5 et 14,6 % des femmes ayant annoncé leur infection par le VIH à leur partenaire (Medley, GarciaMoreno, McGill, & Maman, 2004). Par défaut, l'homme joue donc nécessairement un rôle dans le processus de prise de décision des femmes qui évaluent les risques personnels et sociaux qu'elles encourrent avant de recourir ou non aux services de prévention du VIH disponibles.

La prophylaxie antirétrovirale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Lorsque les femmes ne disent pas à leur partenaire qu'elles sont infectées par le VIH, cela peut avoir un impact sur la prise de la prophylaxie ARV pour diminuer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Au Kenya,

l'observance du régime ARV basé sur la névirapine était positivement associée au partage des résultats du dépistage avec le partenaire (Rapport de Cote – RC 8,0 ; Intervalle de Confiance à 95 % – IC : 1,5-50) et au désir du partenaire de se faire dépister pour le VIH (RC 7,5 ; IC 1,4-40) (Farquhar *et al.*, 2004 ; Kiarie, Kreiss, Richardson, & JohnStewart, 2003). Cependant, très peu d'études qualitatives ont été conduites sur les facteurs déterminant l'acceptabilité de ce volet médical de la PTME du VIH, et partant, sur le possible rôle que l'homme pouvait jouer dans ce processus. Dans un contexte de ressources limitées, où la disponibilité des régimes ARV les plus efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH est encore insuffisante (World Health Organisation, 2008), l'impact sur la prévention du VIH pédiatrique de l'ensemble des interventions de PTME dépend largement de la couverture et l'observance aux régimes d'antirétroviraux existants. À ce titre, il paraît nécessaire de reconsidérer de la place de l'homme dans la PTME du VIH.

Les pratiques de nutrition infantile

L'influence du partenaire sur l'efficacité des interventions post-partum (visant à réduire le risque de TME après l'accouchement) est davantage reconnue. De nombreuses études quantitatives ont permis de documenter le degré de mise en œuvre des pratiques de nutrition infantile recommandées pour la PTME et quelques études qualitatives ont exploré le processus de décision en matière de nutrition infantile, les perceptions et les peurs des femmes infectées par le VIH devant modifier leurs pratiques d'allaitement. Ainsi, au Kenya, une étude transversale conduite dans le cadre d'un essai randomisé a montré que le choix de nutrition infantile des femmes infectées par le VIH répondait à des difficultés financières, à l'influence de leur partenaire et à la peur de rompre la confidentialité autour de leur statut sérologique (Kiarie, Richardson, MboriNgacha, Nduati, & JohnStewart, 2004). De même en Afrique du sud, l'adhésion au conseil d'allaitement maternel exclusif était accrue si le partenaire était informé du statut sérologique de la femme et s'il était impliqué dans le choix du mode de nutrition infantile (71,4 vs 17,6 %, $p = 0,01$) (Doherty, Chopra, Nkonki, Jackson et Persson, 2006 ; Mwanyumba *et al.*, 2002). La peur du manque de soutien du partenaire et des réactions négatives au sein de la communauté sont également apparues comme des contraintes récurrentes en Tanzanie (de Paoli, Manongi, & Klepp, 2004). Les données disponibles jusqu'à présent sont essentiellement rapportées par les femmes. La recherche sur la réalité des réactions des partenaires face à l'adoption de telle ou telle pratique de nutrition infantile ou sur l'implication concrète des hommes dans la prise de décision est rare. Une étude qualitative multicentrique est en cours en Afrique de l'ouest et Afrique centrale pour explorer les rôles des hommes aux plans matériel, psychologique et relationnel dans la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement et établir une typologie de leurs attitudes (rejet, appui avec évitement, appui avec dissimulation, partage des soins, ou encore implication effective) (Alfieri *et al.*, 2007 ; Djetcha *et al.*, 2006). Il s'agit là de replacer l'homme dans

son statut de père et de reconnaître son rôle à part entière dans la prise en charge de l'enfant, et a fortiori dans la PTME.

La prévention de la transmission sexuelle du VIH après l'accouchement

L'une des composantes essentielles de la PTME, souvent négligée, mais qui soulève de façon incontournable la place de l'homme, est la prévention de la transmission sexuelle du VIH. L'un des enjeux du conseil post-test du VIH est d'encourager les femmes séronégatives à se protéger de l'infection par le VIH et les femmes séropositives de la co-infection par un nouveau type de virus VIH, et ce en particulier tout au long de leur grossesse et de l'allaitement. Le risque de TME est en effet largement influencé par le niveau de charge virale plasmatique de la femme enceinte, qui est particulièrement élevé en cas d'infection récente ou de réinfection par le VIH (World Health Organisation, 2006). Or il a été montré que les femmes étaient exposées à un risque important d'infection par le VIH au sein de leur couple (Carpenter, Kamali, Ruberantwari, Malamba, & Whitworth, 1999 ; Hugonnet *et al.*, 2002 ; Malamba *et al.*, 2005). Au Rwanda et en Zambie, il a été estimé qu'entre 60 % et 94 % des nouvelles infections hétérosexuelles par le VIH avaient lieu au sein de couples mariés ou en cohabitation (Dunkle *et al.*, 2008). Ce risque de transmission du VIH dans un contexte conjugal est d'autant plus important que la connaissance de son statut sérologique et de celui de son partenaire est faible. Une enquête conduite entre 2005 et 2007 au sein de pays à faible et moyenne prévalence du VIH a montré que seuls 11 % des femmes et 10 % des hommes avaient été testés pour le VIH (World Health Organisation, 2008). Par ailleurs, l'utilisation au sein des couples stables du préservatif pour la prévention du VIH est complexe, comme le montre le résultat d'entretiens conduits au Malawi et en Ouganda (Chimbiri, 2007 ; Williamson, Liku, McLoughlin, Nyamongo et Nakayima, 2006), même après le dépistage prénatal (Nebié *et al.*, 2001). Mais la proportion de pratiques sexuelles protégées semble augmenter dans les cas où le partenaire a été informé du statut sérologique de sa femme (Desgrées-du-Loû *et al.*, 2009). Il semble donc largement souhaitable d'encourager l'implication des hommes au moment du dépistage prénatal du VIH, afin de faciliter une démarche plus globale de prévention et de gestion du risque lié au VIH/SIDA au sein du couple.

Améliorer la place des hommes dans la PTME – contraintes et espoirs

Aucune étude scientifique ayant pour objectif principal de documenter les facteurs qui font obstacle à la participation des hommes dans la PTME n'a pu être identifiée. Ce manque de recherche sur les obstacles à l'implication des hommes vient sans doute du souci de l'ensemble de la communauté des chercheurs et des professionnels de santé de laisser aux femmes le contrôle de leur fécondité et de leur grossesse, et de les protéger de l'ingérence de l'homme (*cf.* introduction de ce numéro, par Armelle Andro et Annabel Desgrées du Loû), L'analyse présentée ci-dessous s'appuie donc sur des rapports opérationnels ou des études conduites

dans le champ de la santé reproductive et qui ne sont pas focalisées sur le cas spécifique de la PTME.

Il apparaît tout d'abord que, puisque les interventions de conseil et dépistage du VIH, de prophylaxie ARV, et de suivi postnatal, ont été intégrées au sein des services de santé dédiés à la mère et l'enfant (que ce soit les consultations prénatales, la maternité ou les services de vaccination infantile, entre autres), l'offre de services de PTME a *de facto* exclu les hommes a priori absents de ces services. Il a été montré au Malawi que le personnel de santé était parfois réticent à encourager la participation des hommes aux consultations prénatales (Misiri, Tadesse et Muula, 2004), et dans certains centres de santé, les services de maternité sont interdits aux hommes (Mullany, 2006). Les regards et jugements des autres patient(e)s peuvent construire un climat peu accueillant pour les partenaires comme le montrent les résultats de groupes de discussion conduits au Burundi (Rutenberg, Baek, Kalibala et Rosen, 2003). De plus, les normes sociales dominantes présentent traditionnellement la grossesse et la maternité comme des domaines réservés aux femmes et il en est encore souvent de même pour les services de PTME. Une étude qualitative conduite au Népal montre pourtant que les femmes et les hommes seraient favorables à l'implication des hommes dans les services de maternité, comme facteur d'amélioration de la santé maternelle et de la communication au sein du couple (Mullany, 2006). Historiquement, les fondements structurels et conceptuels des programmes de PTME ont focalisé l'attention sur la femme et n'ont pas favorisé la construction d'une approche conjugale et/ou familiale de la PTME.

En outre, les services de conseil, d'éducation ou de soutien en matière de PTME ont été définis pour s'assurer que les femmes aient suffisamment d'information pour prendre des décisions personnelles et utiliser chacune des interventions de PTME sans avoir besoin de l'accord de leur partenaire. L'implication des hommes dans les services de PTME ne peut se faire que, ou quasi-uniquement, par le biais des femmes. Ils ne sont pas sollicités ou informés directement. Or une étude qualitative conduite en Tanzanie a suggéré que, d'après les codes de la masculinité traditionnelle, en matière de santé, les hommes préféreraient être informés directement par des éducateurs ou par des pairs ; ils n'apprécieraient pas d'être influencés par leur femme et pourraient être réticents à s'impliquer dans la PTME si leur femme en fait la demande (Burke, Rajabu et Burke, 2004).

Enfin, il est probable que la vulnérabilité spécifique des femmes notamment à la violence (Mantell *et al.*, 2006 ; Medley, GarciaMoreno, McGill et Maman, 2004) ou leur peur de la violence, est susceptible de les empêcher de considérer/souhaiter l'implication de leur partenaire dans la PTME. Les risques encourus par certaines femmes dont le partenaire est impliqué dans le processus de conseil et dépistage du VIH ne doivent pas être sous-estimés (Medley, GarciaMoreno, McGill et Maman, 2004 ; Semrau *et al.*, 2005) mais la très large majorité des données recensées tendent à encourager une meilleure prise en compte des hommes dans la PTME.

Pour faire face aux contraintes limitant l'implication des hommes dans la PTME, toute une série de stratégies de modifications des comportements de santé et des attentes sociales et culturelles, ainsi qu'une restructuration de l'offre de services de santé, peuvent être envisagées.

La principale recommandation pour changer les mentalités et améliorer le degré et la qualité d'implication des hommes dans le processus de décision de PTME et l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH est d'améliorer la sensibilisation et la mobilisation communautaires, sur des sujets tels que la promotion du genre au sein de la santé reproductive (Drennan, 1998 ; Mbizvo et Bassett, 1996). La mobilisation des leaders communautaires et des personnalités publiques importantes (Kasonde *et al.*, 2006), le développement de stratégies de recherche formative permettant aux hommes et aux femmes de développer ensemble des outils d'Information-Education-Communication, constituent des techniques simples qui mériteraient d'être encouragées et évaluées à large échelle. Une enquête populationnelle conduite au Zimbabwe a rappelé que la promotion des pratiques et des interventions de prévention du VIH/SIDA pouvait être facilement conduite sur les lieux de rassemblement ou de divertissement des hommes, que ce soit lors de cérémonies traditionnelles, de cérémonies religieuses, autour des terrains de sport, ou dans le cas précis de cette étude, dans les bars (Lewis *et al.*, 2005). En effet, il semble que les efforts pour impliquer les hommes sont plus efficaces lorsque des informations sur le VIH et la PTME sont données directement aux hommes, en dehors du contexte spécifique des services de santé prénatale ou materno-infantile, que les hommes perçoivent souvent comme étant le royaume exclusif des femmes (Rutenberg, Kalibala, Baek et Rosen, 2003). L'intervention et l'assistance de spécialistes de la promotion de la santé et de la communication pourrait favoriser les changements de comportement des hommes en matière de PTME (Fapohunda et Rutenberg, 1999). Ainsi, comme en Inde, certains gouvernements ont exprimé leur volonté d'encourager la responsabilisation des hommes et leur participation aux services de PTME en encourageant l'utilisation de l'acronyme PTPE, « prévention de la transmission parent-enfant du VIH », au lieu de PTME. Véritable slogan de mobilisation communautaire, les autorités de santé espèrent encourager ainsi un changement de normes sociales, argumentant auprès de la population locale que la santé de l'enfant est la responsabilité conjointe du père et de la mère et que toute initiative de réduction de l'incidence du VIH chez les enfants ne peut être envisagée sans l'engagement total des partenaires et familles.

Dans un deuxième temps, lorsque le principe de la présence des hommes au sein des services de santé materno-infantile est accepté, un certain nombre de stratégies institutionnelles, mises en œuvre au niveau de services de santé, peuvent permettre d'impliquer davantage les hommes dans les séances d'éducation pour la santé et les consultations prénatales, cadre privilégié de la PTME. Il s'agit tout d'abord de créer un contexte accueillant pour les hommes dans les centres de santé, et en particulier au sein des services de santé de la mère et de l'enfant. Au Kenya, il a été suggéré d'adapter par exemple les horaires de consultations pour

que les hommes puissent se déplacer en soirée, ou de développer des systèmes permettant aux hommes d'être conseillés et dépistés pour le VIH avec un temps d'attente limité (Fapohunda et Rutenberg, 1999 ; Rutenberg *et al.*, 2002). Si aucune étude évaluant l'impact de telles mesures n'a pu être identifiée, il est évident cependant que le système de santé joue un rôle essentiel dans l'implication du partenaire dans la PTME. L'offre de services médicaux, tels que le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, ou la garantie d'une prise en charge médicale par les ARV si l'homme est infecté par le VIH, notamment dans le contexte de programmes familiaux tels « MTCT-Plus » (Tonwe-Gold *et al.*, 2009 ; World Health Organisation, 2003) sont des arguments de poids pour encourager l'implication de l'homme dans la prévention du VIH, et *a fortiori* dans la PTME. Et dans un contexte de généralisation de la prise en charge ARV des patients infectés par le VIH, il s'agit d'une stratégie faisable et nécessaire (World Health Organisation, 2008). La priorité depuis plusieurs années est en effet à l'amélioration de l'intégration de la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA (World Health Organisation, 2004). Enfin, l'importance du système de référence entre les services de santé prénatale et les centres anonymes et gratuits de conseil et dépistage du VIH, pour que les femmes et leur partenaire soient conseillés et testés dans le contexte de leur choix, a également été soulignée (Futures Group International, 2006 ; USAID/Synergy, 2004). Ces liens institutionnels permettraient d'améliorer la couverture du dépistage du VIH, et de banaliser ce service, créant ainsi un contexte culturel favorable à une approche familiale de la prévention du VIH et donc de la PTME.

Les opportunités pour les hommes de se faire dépister pour le VIH sont le plus souvent limitées aux consultations de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, aux centres de dépistage anonymes et gratuits et plus récemment aux programmes de circoncision. Dans la plupart des pays, la PTME n'a pas été intégrée dans une démarche de prévention du VIH plus globale, ciblant le couple et/ou la famille. Il en résulte que peu d'hommes sont eux-mêmes conseillés et testés pour le VIH, seuls ou en couple. Peu de données sont donc disponibles sur les barrières au dépistage masculin (Le Cœur, Collins, Pannetier et Lelievre, 2009) et sur les conséquences individuelles et sociales du dépistage du VIH parmi les hommes hétérosexuels. À Abidjan, en Côte d'Ivoire, dans un programme de PTME où le dépistage est proposé aux femmes, une étude a montré que si la majorité des femmes séronégatives incitaient leur partenaire à se faire dépister pour le VIH, seul un quart des hommes utilisaient ces services de dépistage (Brou, Agbo et Desgrees Du Lou, 2005). Dans un programme de PTME en zone urbaine en Tanzanie, entre 2002 et 2004 seuls 12,5 % des partenaires étaient revenus pour le dépistage du VIH (Msuya *et al.*, 2008). Dans la littérature scientifique, seules deux études documentent les conséquences d'une proposition du dépistage au couple dans le cadre de la PTME. Elles ont montré que le conseil et le dépistage en couple amélioreraient la prise de la prophylaxie ARV et l'adhérence à des pratiques d'allaitement maternel de substitution (Farquhar *et al.*, 2004 ; Semrau *et al.*, 2005). En Zambie, les couples sérodiscordants ont semblé être plus à risque

de divorce ou de séparation mais dans l'ensemble, aucune différence significative en matière d'événements indésirables n'a été constatée entre les femmes recevant un conseil de couple et celles recevant un conseil individuel (Semrau *et al.*, 2005). Il a en outre été démontré récemment que le conseil de couple était un service de santé coût-efficace (John, Farquhar, Kiarie, Kabura, & John Stewart, 2008).

Il est possible que le conseil de couple ne soit pas souhaitable dans tous les contextes conjugaux, et comporte en particulier des risques lorsque la femme est infectée par le VIH (Temmerman, Ndinya-Achola, Ambani et Piot, 1995). L'ensemble des données disponibles dans la littérature semble néanmoins suggérer qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients à encourager l'implication des hommes dans la PTME, que ce soit pour la femme ou pour l'homme lui-même, et que dans tous les cas, la recherche en la matière doit être poursuivie. Malgré des recommandations répétées au sein de la communauté internationale (Desgrées du Loû et Orne-Gliemann, 2008 ; Painter, 2001), peu de stratégies opérationnelles de conseil et dépistage en couple ont été développées et évaluées jusqu'à présent.

Un essai d'intervention sur le conseil prénatal du VIH orienté vers le couple

Un essai de prévention du VIH, international et multicentrique, est actuellement mis en œuvre (ANRS 12127 Prenahtest) pour évaluer dans un premier temps la faisabilité et l'acceptabilité, puis dans un second temps l'impact d'une session de conseil prénatal du VIH (conseil post-test) orientée vers le couple. Il s'agit de renforcer le conseil reçu par la femme au moment où elle reçoit le résultat de sa sérologie, pour lui permettre de définir, avec le conseiller, des stratégies concrètes pour annoncer à son partenaire le résultat de son test et lui suggérer le dépistage du VIH et le conseil VIH en couple. L'un des objectifs secondaires de ce conseil orienté vers le couple est également de renforcer la communication au sein du couple et par là même d'améliorer les comportements en matière de PTME, de sexualité, et de reproduction au sens large du terme (Orne-Gliemann *et al.*, 2008).

Des enquêtes qualitatives ont été mises en place entre 2007 et 2008 au Cameroun, en République Dominicaine, en Géorgie et en Inde (Orne-Gliemann *et al.*, Soumis). Il s'agissait de documenter dans chaque contexte les perceptions de l'implication des hommes dans les consultations prénatales et dans la PTME et l'acceptabilité de l'intervention de conseil orienté vers le couple. Des entretiens approfondis (n = 92) ont été conduits avec des professionnels de santé, des femmes enceintes ayant tout juste bénéficié de l'intervention, ainsi que des hommes accompagnant leur femme en consultation prénatale. Les professionnels de santé ont souligné que les hommes étaient un groupe de population vulnérable en matière de santé reproductive et de prévention du VIH, et que cette intervention avait le potentiel d'accroître la couverture du dépistage du VIH dans la population. Ils ont néanmoins souligné que l'étape préalable à la présence et l'implication des hommes était la nécessité de restructurer l'offre de services de santé prénatale et

de PTME. Toutes les femmes enceintes interrogées ont déclaré que le conseil orienté vers le couple leur semblait bénéfique ; elles avaient apprécié les jeux de rôle leur permettant « *d'apprendre les mots* » pour parler à leur partenaire du VIH. Les hommes interrogés sont apparus plus réservés mais jamais totalement hostiles à l'intervention et à l'idée du dépistage du VIH. Enfin, les taux de dépistage du VIH chez les partenaires ont été estimés à 17 % en Inde, 36 % en Géorgie et 60 % au Cameroun (données non collectées en République Dominicaine) parmi les femmes ayant reçu l'intervention ; ces chiffres sont largement supérieurs aux données de routine, avec moins de 5 % des partenaires testés parmi les femmes recevant le conseil post-test du VIH standard (moyenne dans les quatre sites : 2,7 vs 36,1 %, $p < 0,01$).

Ces données sont très encourageantes pour l'essai à proprement parler qui a démarré en mars 2009. Un total de 1 940 femmes réparties sur les quatre sites sera recruté au cours de leur grossesse et suivies jusqu'à 15 mois après l'accouchement. Nous comparerons l'incidence du dépistage du partenaire et du conseil en couple entre des femmes ayant reçu un conseil post-test du VIH standard et des femmes ayant reçu l'intervention de conseil post-test du VIH orienté vers le couple. Cette étude expérimentale permettra de recueillir des données dans des contextes programmatiques et socioculturels très différents. Elle documentera l'efficacité, ou non, d'une intervention simple de santé publique intégrée au sein des consultations prénatales sur l'amélioration concrète de la participation des hommes au conseil et dépistage prénatal du VIH et par-là même à la PTME et la prévention du VIH dans sa globalité.

Conclusion

L'insuffisante implication des partenaires des femmes enceintes pourrait être au cœur de nombreuses contraintes rencontrées au sein des programmes de PTME. Depuis plusieurs années, des chercheurs s'accordent à dire qu'il est temps de mieux prendre en compte les hommes dans les programmes de PTME (Bolu *et al.*, 2007). Davantage de données scientifiques expérimentales et démonstratives permettraient de faciliter et accélérer la mise en œuvre d'interventions de santé publique concrétisant de manière effective et efficace le rôle important joué par l'homme dans la PTME. Mais des enseignements importants peuvent déjà être tirés des expériences de recherche opérationnelle et de recherche qualitative partagées à ce jour. Les décideurs et acteurs de santé publique ont déjà de nombreuses cartes en main pour accompagner les couples dans une démarche globale de la prévention de la transmission sexuelle du VIH et d'amélioration de la santé reproductive.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFIERI C., SANOU A., DJETCHA S., QUERRE M., AGBO H., KY-ZERBO O. *et al.* [2007], *Les pères ont-ils un rôle dans la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ? Éléments d'analyse issus du Burkina Faso, du Cameroun et de Côte-d'Ivoire*, Paper presented at the IV^e Conférence Francophone VIH/SIDA, Paris (France), 29-31 mars.
- AMORNWICHET P., TEERARATKUL A., SIMONDS R.J., NAIWATANAKUL T., CHANTHAROJWONG N., CULNANE, M. *et al.* [2002], « Preventing mother-to-child HIV transmission – The first year of Thailand's national program », *JAMA*, vol. 288, n° 2, p. 245-248.
- BAJUNIRWE F., MUZOORA M. [2005], « Barriers to the implementation of programs for the prevention of mother-to-child transmission of HIV : a cross-sectional survey in rural and urban Uganda, *AIDS* », *Res Ther*, vol. 2, n° 10.
- BOLU O. O., ALLREAD V., CREEK T., STRINGER E., FORNA F., BULTERYS M. *et al.* [2007], « Approaches for scaling up human immunodeficiency virus testing and counseling in prevention of mother-to-child human immunodeficiency virus transmission settings in resource-limited countries », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 197, n° 3 Suppl, p. S83-S89.
- BROU H., AGBO H., DESGREES DU LOÛ A. [2005], « Le dépistage du VIH en prénatal : impact chez des femmes VIH – à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Santé*, vol. 15, n° 2, p. 81-91.
- BROU H., DJOHAN G., BECQUET R., ALLOU G., EKOUÉVI D. K., VIHO I. *et al.* [2007], « When Do HIV-Infected Women Disclose Their HIV Status to Their Male Partner and Why ? A Study in a PMTCT Programme, Abidjan », *PLoS Med*, vol. 4, n° 12, e342.
- BURKE M., RAJABU M., BURKE J. [2004], *Maximising male participation in prevention of mother to child transmission programs in Tanzania*, Paper presented at the XV International AIDS Conference, Bangkok (Thailand), 11-16 July.
- CARPENTER L. M., KAMALI A., RUBERANTWARI A., MALAMBA S., WHITWORTH J. A. [1999], « Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners », *AIDS*, n° 13, p. 1083-1089.
- CHIMBIRI A. M. [2007], « The condom is an "intruder" in marriage : evidence from rural Malawi », *Social Science and Medicine*, vol. 64, n° 5, p. 1102-1115.
- DE COCK K. M., FOWLER M. G., MERCIER E., DE VINCENZI I., SABA J., HOFF E. *et al.* [2000], « Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries : translating research into policy and practice », *JAMA*, vol. 283, n° 9, p. 1175-1182.
- DE COCK K. M., MARUM E., MBORI NGACHA D. [2003], « A serostatus-based approach to HIV/AIDS prevention and care in Africa », *Lancet*, n° 362, p. 1847-1849.
- DE PAOLI M. M., MANONGI R., KLEPP K. I. [2004], « Are infant feeding options that are recommended for mothers with HIV acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe ? Pregnant women's perspectives », *Public Health Nutr*, vol. 7, n° 5, p. 611-619.
- DESGRÉES DU LOÛ A., BROU H., DJOHAN G., BECQUET R., EKOUÉVI D. K., ZANOU B. *et al.* [2009], « Beneficial effects of offering prenatal HIV counselling and testing on developing a HIV preventive attitude among couples, Abidjan, 2002-2005 », *AIDS Behav*, vol. 13, n° 2, p. 348-355.
- DESGRÉES DU LOÛ A., ORNE-GLIEMANN J. [2008], « Couple-centred testing and counselling for HIV serodiscordant heterosexual couples in sub-Saharan Africa », *Reprod Health Matters*, vol. 16, n° 32, p. 151-161.
- DJETCHA S., ALFIERI C., QUERRE M., SANOU A., AGBO H., KY-ZERBO O. *et al.* [2006], *Fathers' attitudes and roles in prevention of HIV transmission through breastfeeding in Africa :*

insights from Cameroon, Ivory Coast and Burkina Faso, Paper presented at the XVI International AIDS Conference, Toronto (Canada), 13-18 August.

- DOHERTY T., CHOPRA M., NKONKI L., JACKSON D., PERSSON L.A. [2006], « A longitudinal qualitative study of infant-feeding decision making and practices among HIV-positive women in South Africa », *J Nutr*, vol. 136, n° 9, p. 2421-2426.
- DRENNAN M. [1998], « Reproductive health : new perspectives on men's participation./Sante reproductive : la participation des hommes vue sous un nouvel angle./Salud reproductiva : nuevas perspectivas sobre la participacion de los hombres », *Population Reports. Series J : Family Planning Programs*, n° 46, p. 1-35.
- DUNKLE K. L., STEPHENSON R., KARITA E., CHOMBA E., KAYITENKORE K., VWALIKA C. *et al.* [2008], « New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda : an analysis of survey and clinical data », *Lancet*, vol. 371, n° 9631, p. 2183-2191.
- EKOUEVI D. K., LEROY V., VIHO I., BEQUET L., HORO A., ROUET F. *et al.* [2004], « Acceptability and uptake of a package to prevent mother-to-child transmission using rapid HIV testing in Abidjan, Cote d'Ivoire », *AIDS*, vol. 18, n° 4, p. 697-700.
- ETIEBET M. A., FRANSMAN D., FORSYTH B., COETZEE N., HUSSEY G. [2004], « Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into antenatal care : learning from the experiences of women in South Africa », *AIDS Care*, vol. 16, n° 1, p. 37-46.
- European Collaborative Study. [2005], « Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy », *Clin Infect Dis*, vol. 40, n° 3, p. 458-465.
- FAPOHUNDA B. M., RUTENBERG N. [1999], *Expanding men's participation in reproductive health in Kenya*, Nairobi, Kenya, African Population Policy Research Center.
- FARQUHAR C., KIARIE J. N., RICHARDSON B. A., KABURA M. N., JOHN F. N., NDUATI R. W. *et al.* [2004], « Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission », *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 37, n° 5, p. 1620-1626.
- Futures Group International [2006], *Assessment of the Policy Environment for VCT, PMTCT, Treatment, and Care and Support Programs in West and Central Africa. AWARE HIV/AIDS PROJECT.*
- GAILLARD P., MELIS R., MWANYUMBA F., CLAEYS P., MUIGAI E., MANDALIYA K. *et al.* [2002], « Vulnerability of women in an African setting : lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes », *AIDS*, vol. 16, n° 6, p. 937-939.
- GRANICH R M., GILKS C. F., DYE C., DE COCK K. M., WILLIAMS B. G. [2008], « Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission : a mathematical model », *Lancet*, n° 373, p. 48-57.
- HOMSY J., KING R., MALAMBA S. S., OPIO C., KALAMYA J. N., MERMIN J., *et al.* [2007], « The need for partner consent is a main reason for opting out of routine HIV testing for prevention of mother-to-child transmission in a rural Ugandan hospital », *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 44, n° 3, p. 366-369.
- HUGONNET S., MOSHA F., TODD J., MUGEYE K., KLOKKE A., NDEKI L. *et al.* [2002], « Incidence of HIV infection in stable sexual partnerships : a retrospective cohort study of 1802 couples in Mwanza Region, Tanzania », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 30, n° 1, p. 73-80.
- JOHN F. N., FARQUHAR C., KIARIE J. N., KABURA M. N., JOHN STEWART G. C. [2008], « Cost effectiveness of couple counselling to enhance infant HIV-1 prevention », *International Journal of Std and Aids*, vol. 19, n° 6, p 406-409.

- KASONDE P., MWALE C., SULWE C., TEMBO M., TORPEY K., MANDALA J. *et al.* [2006], *Using traditional leaders to increase male involvement in PMTCT services*. Paper presented at the XVI International AIDS Conference, Toronto (Canada), 13-18 August.
- KEBAABETSWE P. M. [2007], « Barriers to participation in the prevention of mother-to-child HIV transmission program in Gaborone, Botswana a qualitative approach », *AIDS Care*, vol. 19, n° 3, p. 355-360.
- KIARIE J. N., KREISS J. K., RICHARDSON B. A., JOHNSTEWART G. C. [2003], « Compliance with antiretroviral regimens to prevent perinatal HIV-1 transmission in Kenya », *AIDS*, vol. 17, n° 1, p. 65-71.
- KIARIE J. N., RICHARDSON B. A., MBORINGACHA D., NDUATI R. W., JOHNSTEWART G. C. [2004], « Infant feeding practices of women in a perinatal HIV-1 Prevention Study in Nairobi, Kenya », *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 35, n° 1, p. 75-81.
- KILEWO C., MASSAWA A., LYAMUYA E., SEMALI I., KALOKOLA F., URASSA E. *et al.* [2001], « HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa – Experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania », *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 28, n° 5, p. 458-462.
- KOWALCZYK J., JOLLY P., KARITA E., NIBARERE J. A., VYANKANDONDER J., SALIHU H. [2002], « Voluntary counseling and testing for HIV among pregnant women presenting in labor in Kigali, Rwanda », *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 31, n° 4, p. 408-415.
- LE COEUR S., COLLINS I. J., PANNETIER J., LELIEVRE E. [2009], « Gender and access to HIV testing and antiretroviral treatments in Thailand: Why women have more and earlier access ? », *Soc Sci Med*, vol. 69, n° 6, p. 846-853.
- LEWIS J. J. C., GARNETT G. P., MHLANGA S., NYAMUKAPA C. A., DONNELLY C. A., GREGSON S. [2005], « Beer halls as a focus for HIV prevention activities in rural Zimbabwe », *Sex Transm Dis*, vol. 32, n° 6, p. 364-369.
- MALAMBA S., MERMIN J. H., BUNNELL R. E., MUBANGIZI J., KALULE J., MARUM E. *et al.* [2005], « Couples at risk. HIV-1 concordance and discordance among sexual partners receiving voluntary counseling and testing in Uganda », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 39, n° 5, p. 576-580.
- MANTELL J. E., HARRISON A., HOFFMAN S., SMIT J. A., STEIN Z. A., EXNER T. M. [2006], « The Mpondombili Project: Preventing HIV/AIDS and Unintended Pregnancy among Rural South African School-Going Adolescents », *Reprod Health Matters*, vol. 14, n° 28, p. 113-122.
- MBIZVO M. T., BASSETT M. T. [1996], « Reproductive health and AIDS prevention in Sub-Saharan Africa: the case for increased male participation », *Health Policy Plan*, vol. 11, n° 1, p. 84-92.
- MEDLEY A., GARCIA-MORENO C., MCGILL S., MAMAN S. [2004], « Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes », *Bull World Health Organ*, vol. 82, n° 4, p. 299-307.
- MISIRI H. E., TADESSE E., MUULA A. S. [2004], « Are public antenatal clinics in Blantyre, Malawi, ready to offer services for the prevention of vertical transmission of HIV ? », *Afr J Reprod Health*, vol. 8, n° 2, 64-70.
- MSELLATI P., HINGST G., KABA F., VIHO I., WELFFENS-EKRA C., DABIS F. [2001], « Operational issues in prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire 1998-1999 », *Bull World Health Organ*, vol. 79, n° 7, p. 641-647.

- MSUYA S. E., MBIZVO E. M., HUSSAIN A., URIYO J., SAM N. E., STRAY-PEDERSEN B. [2008], « Low male partner participation in antenatal HIV counselling and testing in northern Tanzania : implications for preventive programs », *AIDS Care*, vol. 20, n° 6, p. 700-709.
- MULLANY B. C. [2006], « Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal », *Soc Sci Med*, vol. 62, n° 11, p. 2798-2809.
- MWANYUMBA F. M., QUAGHEBEUR A., WIM C., MELIS R., VERHOFSTEDÉ C., SOLOMON M. *et al.* [2002], *Partner involvement and infant feeding choices in HIV infected women*, Paper presented at the XIVth AIDS conference, 7-12 July, Barcelona, Spain.
- NEBIÉ Y., MÉDA N., LEROY V., MANDELBROT L., YARO S., SOMBIÉ I. *et al.* [2001], « Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity : A prospective cohort study in Burkina Faso », *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 28, n° 4, p. 367-372.
- ORNE-GLIEMANN J., TCHENDJOU P., MIRIC M., GADGIL M., BUTSASHVILI M., EBOKO F. *et al.* [Soumis], « Couple-oriented prenatal HIV counseling for HIV primary prevention : an acceptability study », *BMC Public Health*.
- ORNE-GLIEMANN J., TCHENDJOU P., MIRIC M., GADGIL M., BUTSASHVILI M., EBOKO F. *et al.* [2008], *Evaluating the feasibility and impact of couple-oriented prenatal HIV counselling and testing in low and medium HIV prevalence countries*, Paper presented at the XVII International AIDS Conference, Mexico City (Mexico), 3-8 August.
- ORNE GLIEMANN J. [2005], *Défis à la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique australe. Le cas d'un district rural du Zimbabwe*, Bordeaux, Doctorat de Sciences Humaines et Sociales, Thèse n° 1220, Université Victor Segalen Bordeaux 2.
- PAINTER T. M. [2001], « Voluntary counseling and testing for couples : a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa », *Soc Sci Med*, vol. 53, n° 11, p. 1397-1411.
- PELTZER K., MOSALA T., SHISANA O., NQUEKO A., MNGQUNDANISO N. [2007], « Barriers to prevention of HIV transmission from mother to child (PMTCT) in a resource poor setting in the Eastern Cape, South Africa », *Afr J Reprod Health*, vol. 11, n° 1, p. 57-66.
- PÉREZ F., ORNE-GLIEMANN J., MUKOTEKWA T., MILLER A., GLENSHAW M., MAHOMVA A. *et al.* [2004], « Prevention of mother to child transmission of HIV : evaluation of a pilot programme in a district hospital in rural Zimbabwe », *BMJ*, vol. 329, n° 7475, p. 1147-1150.
- RUTENBERG N., BAEK C., KALIBALA S., ROSEN J. [2003], *Evaluation of United Nations-supported pilot projects for the prevention of mother-to-child transmission of HIV : overview of findings. HIV/AIDS Working Paper*, New York, UNICEF.
- RUTENBERG N., KALIBALA S., BAEK C., ROSEN J. [2003], *Programme recommendations for the prevention of mother-to-child transmission of HIV : a practical guide for managers. HIV/AIDS Working Paper*, New York, UNICEF.
- RUTENBERG N., KALIBALA S., MWAI C., GEIBEL S., NDUATI R., NGACHA D. *et al.* [2002], *Evidence of success in increasing male participation and support for the prevention of mother to child transmission of HIV in Kenya*, Paper presented at the XIVth International AIDS Conference, 7-12 July, Barcelona, Spain.
- SARKER M., SANOU A., SNOW R., GANAME J., GONDOS A. [2007], « Determinants of HIV counselling and testing participation in a Prevention of Mother-to-Child Transmission programme in rural Burkina Faso », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 12, n° 12, p. 1475-1483.

- SEMRAU K., KUHN L., VWALIKA C., KASONDE P., SINKALA M., KANKASA C., *et al.* [2005], « Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events », *AIDS*, vol. 19, n° 6, p. 603-609.
- SHANKAR A. V., PISAL H., PATIL O., JOSHI A., SURYAVANSHI N., SHROTRI A. *et al.* [2003], « Women's acceptability and husband's support of rapid HIV testing of pregnant women in India », *AIDS Care*, vol. 15, n° 6, p. 871-874.
- STRINGER E. M., SINKALA M., STRINGER J. S., MZYECE E., MAKUKA I., GOLDENBERG R. L. *et al.* [2003], « Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa : successes and challenges in scaling-up a nevirapine-based program in Lusaka, Zambia », *AIDS*, vol. 17, n° 9, p. 1377-1382.
- TEMMERMAN M., NDINYA-ACHOLA J., AMBANI J., PIOT P. [1995], « The right not to know HIV-test results », *Lancet*, n° 345, p. 969-970.
- TONWE-GOLD B., EKOUVEI D. K., BOSSE C. A., TOURE S., KONE M., BECQUET R. *et al.* [2009], « Implementing family-focused HIV care and treatment : the first 2 years' experience of the mother-to-child transmission-plus program in Abidjan, Cote d'Ivoire », *Trop Med Int Health*, vol. 14, n° 2, p. 204-212.
- UNAIDS. [2007], *AIDS Epidemic Update – December 2007*, Geneva, UNAIDS.
- USAID/Synergy [2004], *Women's Experiences with HIV Serodisclosure in Africa : Implications for VCT and PMTCT. Meeting Report*. Washington, DC, USAID.
- WILLIAMSON N. E., LIKU J., MCLOUGHLIN K., NYAMONGO I. K., NAKAYIMA F. [2006], « A qualitative study of condom use among married couples in Kampala, Uganda », *Reprod Health Matters*, vol. 14, n° 28, p. 89-98.
- World Health Organisation [2003], *Saving mothers, saving families : the MTCT-plus initiative : perspectives and practice in antiretroviral treatment, Case Study*, Geneva, World Health Organisation.
- World Health Organisation [2004], *Investing in a comprehensive health sector response to HIV/AIDS. Scaling-up treatment and accelerating prevention. WHO HIV/AIDS plan, January 2004 – December 2005*, Geneva, World Health Organisation.
- World Health Organisation [2006], *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings. Towards universal access. Recommendations for a public health approach*, Geneva, WHO.
- World Health Organisation [2008], *Towards Universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2008*, Geneva, World Health Organisation.
- World Health Organisation, UNAIDS [2007], *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. May 2007*, Geneva, World Health Organisation.

Note de lecture

***La mère et ses enfants : devenir adulte
et transmissions intergénérationnelles***

Céline CLÉMENT

L'Harmattan, Collection Populations, 2009,
320 p.

L'ambition de cet ouvrage est d'analyser, en France, le rôle de la mère au sein de la cellule familiale, et plus particulièrement son rôle sur le devenir des enfants (âge à la décohabitation, trajectoire conjugale, activité professionnelle des filles). Cette question est fréquemment abordée en sociologie uniquement du côté paternel. Le plus souvent on analyse par exemple les parcours scolaires des enfants en fonction de la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau d'études du père, ignorant totalement les caractéristiques de la mère. Analysant des données de l'enquête « Proches et Parents » de l'INED et une trentaine d'entretiens originaux, Cécile Clément propose de renverser le point de vue et de mettre la « mère au cœur de la famille ». L'hypothèse principale de l'auteur est que le devenir des enfants est dépendant d'une part de l'activité professionnelle de leur mère et d'autre part de l'histoire conjugale du couple parental. Pour la vérifier, elle analyse les relations entre des trajectoires biographiques de pères, de mères et d'enfants.

« En changeant l'angle de la caméra », Céline Clément « a effectivement dégagé l'importance de la mère de la construction des trajectoires et dans les transmissions ». Certes, elle n'est peut-être pas la première à mettre « la mère au cœur de l'analyse » mais sa réflexion est particulièrement rigoureuse, riche et aboutie et met en évidence un effet sexué : le divorce et l'activité de la mère n'ont pas le

même impact selon le sexe des enfants. Cet ouvrage est alors utile à tous les démographes et sociologues qui s'intéressent à la famille en France et ailleurs. Les outils et les méthodes d'analyse proposées par l'auteur peuvent être appliqués à divers contextes y compris à des recherches sur les familles dans les Sud. L'ouvrage est par ailleurs un excellent exemple de la complémentarité des approches quantitatives et qualitatives dans les études sur la famille. Les deux approches sont utilisées en interaction : la richesse des entretiens menés par l'auteur permet de disposer d'informations qu'il est impossible d'obtenir dans des enquêtes statistiques et de discuter les indicateurs construits.

Cela est particulièrement net dans le chapitre 1 où le premier indicateur de l'autonomie des enfants présenté par l'auteur est la première décohabitation entre l'enfant et ses parents (chapitre 1). L'articulation du quantitatif et du qualitatif permet alors d'interroger nos propres perceptions de la famille, supposée stable et d'interroger nos représentations du lien de filiation qui présument un lien durable entre parents et enfants. Or, un résultat intéressant est que pour un nombre non négligeable d'enfants, la décohabitation est vécue bien avant l'âge adulte : ainsi dans l'enquête « Proche et parents », 10 % des individus avaient passé au moins un an en dehors du domicile parental à 17 ans traduisant une forme de « circulation des enfants mineurs » au sein et en dehors de la famille élargie. Les trajectoires résidentielles sont complexes et pas seulement en cas de divorce ou de décès des parents. Les effets de l'activité maternelle sur l'âge à la décohabitation sont réels. L'auteur observe par exemple que les garçons dont la mère est au foyer quittent le domicile familial plus tardivement.

De la même façon, les caractéristiques des mères influencent les trajectoires conjugales des enfants (chapitre 2). Aujourd'hui, la décohabitation n'est plus suivie immédiatement par la création d'un nouveau couple à travers le mariage. Les trajectoires conjugales se sont diversifiées avec des périodes de célibat et d'union libre et elles sont sensibles aux caractéristiques des mères. Ainsi, les enfants qui ont vécu le divorce de leurs parents lors de leur jeunesse et ceux qui ont une mère active apparaissent moins souvent mariés, surtout les filles plus enclines à vivre seules ou en union libre. Ceux dont la mère est toujours mariée ou veuve reproduisent un modèle plus classique du couple en se mariant rapidement après avoir quitté le foyer parental. L'un des apports de la méthodologie est alors de nuancer les analyses classiques en termes de refus du mariage des enfants de parents divorcés, ces derniers ne rejetant pas nécessairement le mariage mais plutôt le démariage. Dans cette optique le mariage et le couple conservent leur dimension symbolique. De même, il apparaît que le « choix » de vivre seul ou à deux découle d'un même sentiment : celui de crainte. Peur de s'ennuyer avec soi-même, peur d'annihiler sa personnalité, soit deux processus de construction d'identités opposés, centrés sur une même perception.

Le fait d'exercer un métier hors du domicile conjugal pour une femme est aujourd'hui perçu comme un facteur d'émancipation, remettant en question le schéma classique opposant l'homme pourvoyeur de revenu et la femme responsable de l'éducation des enfants et de la charge du foyer (chapitre 3). L'activité professionnelle est vue par les femmes comme une garantie de liberté, d'indépendance et d'ouverture sur l'extérieur. D'ailleurs, certaines de celles qui ont vécu un divorce ou une séparation encouragent vivement leurs propres filles à être le plus indépendantes possibles vis-à-vis de leur futur conjoint pour mieux faire face en cas de rupture conjugale. Mais la confrontation des discours masculins et féminins permet ici de relativiser le « pouvoir » donné aux femmes actives. Céline Clément souligne ainsi que le travail des femmes peut aussi être un facteur d'indépendance des hommes : être au foyer

construit une interdépendance et certains hommes s'interdisent cette forme de relation parce qu'ils souhaitent préserver leur autonomie. Dans cette perspective, l'indépendance acquise par leur femme leur profite tout autant.

Le chapitre 4 traite des liens familiaux et plus exactement des liens entre les individus et leurs frères et sœurs. La fratrie est envisagée comme un exemple des conflits qui font et défont les histoires et trajectoires familiales. Les liens entre frères et sœurs apparaissent aujourd'hui comme des liens électifs, basés sur des affinités plus que sur des obligations. L'auteur montre bien la complexité de ces liens et le fait que leur intensité dépend d'un grand nombre de variables : proximité géographique entre les individus d'une même fratrie, statut matrimonial des uns et des autres, âge, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, etc. L'analyse statistique de l'enquête « Proches et Parents » permet à l'auteur de confirmer l'importance du rôle de la mère dans la construction des relations entre les frères et les sœurs : l'activité maternelle encourage les liens au sein d'une fratrie lorsque l'enquêté est un homme. Autrement dit, le fait que la famille est généralement « une affaire de femmes » est à nuancer dans les familles où les mères ont une activité professionnelle continue. Les filles dont la mère travaille ont une plus grande autonomie vis-à-vis de leurs sœurs et frères que les autres.

Dans un dernier chapitre intitulé « La famille Poil de Carotte », Céline Clément étudie les déclarations des individus concernant leur lien avec leur père et leur mère. Elle développe l'idée selon laquelle le contenu du lien entre enfants et parents dans les discours est continuellement sexualisé. Les relations entre individus de même sexe, particulièrement quand il s'agit du sexe féminin (grand-mère, mère, fille), seraient plus fortes qu'entre individus de sexe différent. Ce discours « biologisant » reste également très présent lorsque les enquêtés parlent de la maternité : la maternité biologique est toujours très valorisée et présente encore comme indispensable à la construction de l'identité féminine.

Cet ouvrage présente donc de nombreux intérêts et peut intéresser les chercheurs qui travaillent sur l'évolution de la famille, sur les relations familiales et même sur les rapports sociaux de sexe en France, en Europe mais aussi dans les pays du Sud. Les apports méthodologiques de Céline Clément sont

substantiels et la démonstration de l'auteur est tout convaincante quand elle argue pour la nécessité de « déconstruire les catégorisations construites » dans l'analyse des transmissions familiales et d'y intégrer la dimension biographique.

Bénédicte Gastineau

Résumés

Séverine CARILLON, Véronique PETIT, **La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes**

Les mutilations génitales féminines (MGF) à Djibouti sont communément considérées comme une « affaire de femmes ». C'est non seulement la pratique des MGF qui est ainsi reléguée dans la sphère féminine mais également la lutte contre cette pratique. Si cette assertion n'est pas infondée, elle cultive néanmoins l'illusion d'un pouvoir donné aux femmes et suggère l'absence des hommes. Or, si l'implication des femmes dans la lutte contre les MGF paraît légitime au regard de la cause – elles en sont les premières victimes – l'absence des hommes dans le contexte particulier de Djibouti – société patriarcale dominée par les hommes – elle, interroge. Pourquoi les hommes ne s'impliquent-ils pas sur la scène des MGF ? Cet article a pour ambition de déconstruire cette soi-disant « affaire de femmes ». Nous tâcherons, à l'aune des résultats d'une enquête anthropologique, d'explorer les mécanismes sous-jacents constitutifs de cette assertion, d'interroger l'absence apparente des hommes de façon à faire émerger ce qui se joue à travers elle. Nous verrons ainsi comment les hommes, en se rendant invisibles sur la scène des MGF, parviennent à conforter les inégalités de sexe.

• Mots-clés : Mutilations Génitales Féminines – « affaire de femmes » – invisibilité des hommes – domination masculine – inégalités des sexes.

Julie DÉSALLIERS, **Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ?**

Cet article, basé sur un terrain de quatre mois

et une collecte de données en milieu rural burkinabé, explore la dynamique des relations de genre qui prennent place dans la négociation de la fécondité, face au désir différentiel d'enfants, entre les hommes et les femmes. Cette négociation est facilitée pour les femmes par l'utilisation du discours biomédical pour défendre leurs intérêts auprès du mari ainsi que par la possibilité d'utiliser les contraceptifs à l'insu de ce dernier. L'article se penche sur les avantages des contraceptifs hormonaux pour les femmes et les formes de pouvoirs que celles-ci gagnent au sein de la maisonnée et de l'espace conjugal, mais il met aussi en exergue les limites de l'espace de négociation entre l'homme et la femme et la dynamique du contrôle masculin et social de la fécondité et de la sexualité féminine en milieu rural.

• Mots-clés : ethnologie – anthropologie médicale – planification familiale – contraceptifs hormonaux – fécondité – sexualité – négociation – relations de genre – relation conjugales – changement social – Burkina Faso.

Cyril DESJEU, **Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine**

Avec l'arrivée des méthodes médicalisées pour les femmes, une image d'hommes désengagés de la pratique contraceptive s'est progressivement développée. Pourtant, certains hommes se sentent concernés par la maîtrise de la fécondité et une partie d'entre eux ont la volonté de partager les responsabilités contraceptives. Certains utilisent une contraception masculine. Aujourd'hui, quatre méthodes plus ou moins efficaces s'offrent aux hommes : l'abstinence, le coït interrompu, la vasectomie et le

préservatif. Des hommes ont également expérimenté la contraception hormonale ou thermique, mais les freins économiques et culturels n'ont pas permis son développement. Cependant la participation contraceptive des hommes ne se réduit pas aux méthodes dites masculines et peut prendre d'autres formes : accompagner chez le gynécologue, s'impliquer dans le choix de la méthode contraceptive, faire penser à prendre la pilule, rechercher de l'information, etc.

- Mots-clés : contraception – responsabilité – masculin – genre.

Agnès GUILLAUME, Susana LERNER, **Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine**

Les études sur l'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe, tout comme dans d'autres régions du monde, sont centrées essentiellement sur les femmes, considérées comme les principales concernées par cette question. Pourtant ces dernières années, le rôle des hommes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive a fait l'objet d'un nouvel intérêt. En effet, ils sont des acteurs incontournables tant dans la sphère publique que privée, et ils influencent les décisions dans la gestion des grossesses non prévues ou non désirées. Dans cet article, nous étudions comment cette problématique de l'avortement est abordée dans la perspective masculine et présentons les résultats de certaines recherches empiriques sur ce thème.

- Mots-clés : hommes – avortement – contraception – santé sexuelle et reproductive – droits sexuels et reproductifs – Amérique latine – Caraïbe.

Fatoumata OUATTARA, Bouma Fernand BATIONO, Marc-Éric GRUENAI, **Pas de mère sans un « mari ». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso)**

Les prestations en santé sexuelle et reproductive ciblent principalement les femmes ; or les centres de santé où ces prestations sont

fournies sont aussi des lieux de rappel et/ou de confirmation des normes sociales et statutaires auxquels les femmes en âge de procréer sont censées se conformer. À partir de données recueillies dans le cadre de deux programmes d'intervention sur la santé maternelle et reproductive à Ouagadougou (Burkina Faso) entre 2002 et 2009 auprès de femmes et de personnels de santé, nous tentons de mettre en évidence les normes sociales réaffirmées pour les femmes à l'occasion de consultations en planning familial, de consultations prénatales, et à la maternité. Les discours et les attitudes des personnels de santé rappellent aux femmes combien il est important d'être non seulement mère mais aussi épouse dès lors qu'elles prétendent bénéficier de prestations en santé reproductive.

- Mots-clés : santé de la reproduction – mariage – maternité – consultations prénatales – planning familial – Burkina Faso.

Annick TIYOU TRAORE, **Conjoints et pères à l'égard de la prévention du VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire)**

Dans cet article, nous étudions les manières dont les conjoints de femmes séropositives, incluses dans un programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) mené en Côte d'Ivoire, se positionnent et interviennent vis-à-vis de la prévention des risques de transmission sexuelle du VIH dans leur couple et des risques de transmission à l'enfant. L'analyse s'appuie sur des entretiens menés auprès de couples sérodifférents et séroconcordants. Nous montrons que le positionnement des hommes rencontrés à l'égard des risques de transmission fluctue selon les domaines de la vie sociale. Ils prennent davantage en compte la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant que la prévention de la transmission sexuelle dans leur couple. Leurs façons d'être et de faire révèlent des aspects de leurs conceptions de la conjugalité et de la paternité, qui participent de leur construction du rapport au VIH.

- Mots-clés : VIH – prévention – alimentation de l'enfant – procréation – sexualité – homme – conjugalité – paternité.

Joanna ORNE-GLIEMANN, Quelle place pour les hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ?

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH est une priorité de santé publique à l'échelle mondiale. Cette intervention biomédicale soulève des enjeux socioculturels liés à l'infection par le VIH et aux relations de couple. Mais la prise en compte des hommes dans cette prévention de la transmission du VIH à l'enfant est encore largement insuffisante. Ce papier présente tout d'abord une revue de la littérature sur l'implication des hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays à ressources limitées puis les résultats d'une enquête transversale et qualitative conduite dans le cadre d'un essai d'intervention dans quatre pays à ressources limitées.

Les hommes jouent un rôle non négligeable

sur l'acceptabilité et l'utilisation des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Néanmoins, la place accordée dans ces services aux hommes et prise par les hommes est faible. Ce manque d'implication s'explique notamment par la base conceptuelle et structurelle de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH focalisée sur la mère et l'enfant, par le manque de communication au sein du couple et par les constructions sociales du rôle de l'homme dans la sphère reproductive. Il est plus que jamais nécessaire de documenter et de mettre en place une approche de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et à fortiori de la prise en charge globale du VIH/SIDA, qui soit orientée vers le couple.

• Mots-clés : VIH – prévention de la transmission mère-enfant du VIH – hommes – couple.

Abstracts

Séverine CARILLON, Véronique PETIT, **Female genital Mutilation in Djibouti : a matter of “women’s deal” in the hands of men.**

Female Genital Mutilation (FGM) in Djibouti is generally considered as “women’s deal”. Thus, not only is the practice of FGM relegated to the domestic sphere but so is the fight against it. If this assertion is far from being groundless, it nevertheless gives the illusion of a power granted to women and suggests the absence of men. However, if women’s involvement in the fight against FGM seems to be legitimate regarding the cause- they are the first victims – men’s absence in this particular context of Djibouti – strong male dominated society- raises some questions. Why don’t men involved in the FGM scene ? Based on the results of an anthropological fieldwork, this article aims to deconstruct the so-called “women’s business”. It explores the rationale behind this assertion and investigates the apparent absence of men in order to shed light on what is played out through this invisibility. We will thus see how by making themselves invisible in the FGM scene, men succeed in reinforcing gender inequality in society.

• Key-words : Female Genital Mutilation – « women’s deal » – invisibility of men – men’s domination – gender imbalance – gender inequality.

Julie DÉSALLIERS, **Hormonal contraceptives in rural Burkina Faso : negotiation of fertility between spouses or clandestine female use**

This article is based on four months of fieldwork and data collection in rural Burkina Faso. It explores the dynamics of gender

relations centered on the negotiation of fertility in the face of differential desires for offspring between men and women. These negotiations between partners is facilitated by women using a specific biomedical discourse in order to convince their husbands or by the possibility of using contraceptives surreptitiously. The article focuses on the advantages of hormonal contraceptives for women and on the types of power they acquire in the household and the marital space. The article also casts light on the limits of leeway available for negotiations between spouses, and further highlights the dynamics of masculine and social control of feminine fertility and sexuality in rural settings.

• Key-words : ethnology – medical anthropology – family planning – hormonal contraceptives – fertility – sexuality – negotiation – gender relations – marital relations – social change – Burkina Faso.

Cyril DESJEUX, **Practises and representations of the masculine contraception : an approach on the historical background and the current issues**

Due to the arrival of medical methods for women, an image of disengaged men has spread gradually. Nevertheless, some men feel concern about controlling fertility and among them, some want to share contraceptive responsibilities.

On the one hand, some of them use a contraceptive. Today, four methods – each with different effectiveness – are available for men : abstinence, interrupted intercourse, vasectomy and condom. Some men have also experimented hormonal or thermal contraception,

but due to economical and cultural barriers, it could not have been developed.

On the other hand, men's contraceptive involvement is not just linked with specific masculine methods, and can also take other forms: they can go with their partner to the gynaecologist, involve themselves in the choice of the contraceptive, remind their partner to be on the pill, search for some information, etc. This behaviour is possible thanks to their own experience and a feminine speech in favour of their sensitisation.

- Key-words : contraception – responsibility – masculinity – gender.

Agnès GUILLAUME, Susana LERNER, Men regarding abortion in Latin America

In Latin American and the Caribbean as in many other regions, the studies about abortion have mainly focused on women because of their most important role. However, the involvement of men in the sexuality and reproduction is achieving a growing interest for researchers. Actually, the men intervene in many fields related to abortion both from the public and private sphere. In this article we first document some of the academic research about abortion from a masculine view. Secondly, we present the results of several researches about the men's responses to this topic.

- Key-words : men – abortion – contraception – sexual and reproductive health – sexual and reproductive rights – Latin America – The Caribbean.

Fatoumata OUATTARA, Bouma Fernand BATIONO, Marc-Éric GRUÉNAIS, No mothers without a husband. The need to be married in Ouagadougou's health facilities (Burkina Faso)

Sexual and reproductive care targets mainly women. Health facilities in which these services are offered are also places where social norms are reminded to adult women. Data were collected from 2002 to 2009 during two

interventions programs dealing with reproductive and maternal health in the town of Ouagadougou (Burkina Faso); women and health personnel were interviewed. The data show that the social norm of marriage is steadily recalled during antenatal care, family planning consultations, and also in maternity wards. Health personnel words and attitudes illustrate how it is important to be married in order to have a better access to reproductive health care.

- Key-words : reproductive health – marriage – maternity wards – antenatal care – family planning – Burkina Faso.

Annick TIJOU TRAORE, Partners and fathers facing HIV prevention (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Within a programme of prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) conducted in Abidjan, Côte d'Ivoire, we studied the way male partners of HIV-infected women position themselves and get involved in HIV prevention (prevention of sexual transmission and of postnatal transmission to the child). The analysis is based on in-depth repeated interviews within serodiscordant and HIV-positive seroconcordant couples. It reveals that women's notification of their serostatus to their partner and conjugal communication around prevention recommendations favour more prevention of HIV transmission from mother-to-child than sexual prevention. Attitudes and behaviours of these men reveal their conceptions in the areas of paternity and conjugality, which influence their relationship to HIV infection.

- Key-words : HIV, prevention – infant feeding – reproduction – sexuality – men, conjugality – fatherhood – Ivory coast.

Joanna ORNE-GLIEMANN, What role for men within prevention of mother-to-child transmission of HIV services? Literature review and case study in resource-limited settings

The prevention of mother-to-child transmission of HIV is a public health priority

worldwide. This biomedical intervention raises socio-cultural issues related to HIV infection and couple relationships. Yet little attention has been paid to the involvement of men within the prevention of mother-to-child transmission of HIV. This paper first reviews the literature on the involvement of men within the prevention of mother-to-child transmission of HIV in resource-limited countries, and then presents the results of a cross-sectional and qualitative study conducted in the context of an HIV intervention trial in four resource-limited countries.

The influence of men on the acceptability and use of prevention of mother-to-child transmission of HIV services is significant. However,

the role given to and played by men within these services is limited. This lack of involvement may be explained by the conceptual and structural definition of the prevention of mother-to-child transmission of HIV, focused on mothers and infants, by the lack of communication within the couple and by the social constructions of the role of men within reproductive health. It is urgent to document and implement a new approach to the prevention of mother-to-child transmission of HIV, and to overall HIV prevention and care, which is oriented towards the couple.

- Key-words : HIV – prevention of mother-to-child transmission of HIV – mens – couple.

Tables des matières de l'année 2009

Janvier-mars 2009, n° 49 : « La fabrique des identités sexuelles », dirigé par Christophe BROCA et Fred EBOKO.

Avril-juin, n° 50 : « Les produits de terroir au service de la diversité biologique culturelle ? », dirigé par Marie-Christine CORMIER-SALEM et Bernard ROUSSEL

Juillet-septembre 2009, n° 51 : « Variations »

Octobre-décembre 2009, n° 52 : « Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ? », dirigé par Annabel DESGRÉES DU LOÛ et Armelle ANDRO

ARTICLES

	N°	Pages
ATTANE (Anne), Quand la circulation des biens façonne les relations conjugales. L'exemple de milieux urbains au Burkina Faso.	49	155
BAUJARD (Julie), La politique du HCR à Delhi (Inde). Mise en œuvre et évolution.....	51	3
BELAS (Arouca), BUCLET (Benjamin) et FORTUNATO BARBOSA DE LIMA(Daniela), Natura et le Priprioica : Cosmétique éthique contre vendeuses d'herbes.....	50	33
BIENABE Estelle, LECLERCQ (Maya) et MOITY-MAÏZI (Pascale), Le rooibos d'Afrique du Sud : comment la biodiversité s'invite dans la construction d'une indication géographique.....	50	117
BOYER (Véronique), Passé portugais, présent noir et indécidabilité amérindienne : Un exemple amazonien (Amapá – Brésil).....	51	19
CARILLON (Séverine) et PETIT (Véronique), La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes ?.....	52	13
CERDAN (Claire), VITROLLES (Delphine), DELFOSSE (Claire), QUIUMENTO VELLOSO (Carolina), NABINGER (Carlos) et LIMA DA SILVA (Aparecido), La diversité biologique et culturelle dans les démarches de qualité et de valorisation de l'origine au Sud Brésil.	50	153
CHALON (Aude), « Is uncle an auntie ? » Relations de même sexe, lien communautaire et constructions identitaires chez les Aborigènes (Australie).....	49	83
CHEIKH (Mérim), Échanges sexuels monétarisés, femmes et féminités au Maroc : une autonomie ambivalente	49	173
CROS (Michèle) et MEGRET (Quentin), D'un idéal de virilité à l'autre ? Du vengeur de sang au chercheur d'or en pays lobi burkinabé.....	49	137

DESALLIERS (Julie), Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ?.....	52	31
DESJEU (Cyril), Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine	52	49
DJETCHA (Sophie), Médecine, sexualité et procréation. Masculinité et féminité à l'épreuve du sida au Cameroun	51	37
GARDELLE (Linda) et RUHLMANN (Sandrine), La revalorisation des produits du terroir en Mongolie. Des logiques économiques, écologiques et culturelles	50	135
ENEL (Catherine), LARMARANGE (Joseph), DESGREES DU LOÛ (Annabel) et WADE (Abdoulaye S.), À propos des partenaires féminines des hommes ayant des pratiques homosexuelles au Sénégal.....	49	103
GRANGE OMOKARO (Françoise), Féminités et masculinités bama-koises en temps de globalisation	49	189
GUILLAUME (Agnès), LERNER (Susana), Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine	52	65
HERMANN (Judith), Du ministère des âmes au ministère des corps. L'encadrement des pratiques sexuelles par l'église éthiopienne, entre sida et aide américaine.....	49	47
JACKSON (Peter), Global queering and global queer theory : Thai [trans]genders and [homo]sexualities in World history	49	15
JUHE-BEAULATON (Dominique), Un patrimoine urbain méconnu : arbres mémoires, forêts sacrées et jardins des plantes de Porto Novo (Bénin).....	51	75
FAYA ROBLES (Alfonsina), « Lier ou ne pas lier » : choix contraceptif et stérilisation chez des femmes en milieu populaire urbain du Nord-est brésilien	51	57
MARIE-VIVIEN (Delphine), GARCIA (C. A.), MOPPERT (B.), KUSHALAPPA (C.G.) et VAAST (P.), Marques, Indications Géographiques et Certifications environnementales : trois stratégies de valorisation commerciale et leurs liens avec la conservation de la biodiversité dans les Ghâts occidentaux (Inde).....	50	93
MASKENS (Maïté), Identités sexuelles pentecôtistes : féminités et masculinités dans des assemblées bruxelloises	49	65
MULLER (Sara), Les plantes à tubercules, au cœur de la redéfinition des territoires et de l'identité au Vanuatu (Mélanésie).....	50	167
MULOT (Stéphanie), Redevenir un homme en contexte antillais post-esclavagiste et matrifocal	49	117
ORNE GLIEMANN (Joanna), Quelle place pour les hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH	52	113

OUATTARA (Fatoumata), GRUÉNAIS (Marc-Éric), Hommes et femmes face aux coûts de la maternité à Ouagadougou (Burkina Faso).....	52	81
PETIT (Véronique), TCHETGNIA (Lucas), Les enjeux de la sexualité transactionnelle pré-maritale en milieu urbain camerounais .	49	205
PONCET (Yveline), KONE (Tchansia), REYES (Héctor Fabián), La diversité locale des produits de terroir en pays émergent : un chemin malaisé	50	17
ROUX (Sébastien), « On m'a expliqué que je suis "gay" » : tourisme, prostitution et circulation internationale des identités sexuelles.....	49	31
SALOMON (Christine), Vers le Nord.....	49	223
SIMENEL (Romain), MICHON (Geneviève), AUCLAIR (Laurent), ROMAGNY (Bruno), THOMAS (Yildiz) et GUYON (Marion), L'argan : l'huile qui cache la forêt domestique. De la valorisation du produit à la naturalisation de l'écosystème.....	50	51
TIOU TRAORE (Annick), Conjointes et pères à l'égard de la prévention du VIH (Abidjan, Côte d'Ivoire).....	52	95
VIDAL (Dominique), L'histoire qu'on raconte, l'histoire qu'on se raconte. Narration de soi et construction identitaire chez les travailleuses domestiques de Rio de Janeiro	51	99
WACHSBERGER (Jean-Michel), Les quartiers pauvres à Antananarivo : trappe à pauvreté ou support des individus ?	51	117

NOTES DE LECTURES

BONNET (Doris), POURCHEZ (Laurence), <i>Du soin au rite dans l'enfance</i> , IRD Éditions et Éditions Eres	51	141
CLÉMENT (Céline), 2009, <i>La mère et ses enfants : devenir adulte et transmissions intergénérationnelles</i> , L'Harmattan, Collection Populations.....	52	131
DOQUET (Anne), EVRARD (Olivier) (Eds.), <i>Civilisations</i> , Vol. LVII, n° 1-2, 2009	51	139
PILON (Marc) (Ed.) <i>Défis du développement en Afrique subsaharienne. L'éducation en jeu</i> . CEPED	50	203

La revue *Autrepart* remercie tous les lecteurs qui ont participé
à la réalisation des numéros de l'année 2009

ABSI Pascale	DIDIER Sophie	LENA Philippe
ADJAMAGBO Agnès	DOQUET Anne	LERT France
ANDRE Jacques	DOZON Jean-Pierre	LESCLINGAND Marie
ANDRO Armelle	DURIN Séverine	LOSONCZY Anne-Mary
ANGO ELA Kalliopi	DYVENDAK Jan-Willem	LOUAFI Selim
ANTHEAUME Benoît	EBOKO Fred	LUXEREAU Anne
ANTOINE Philippe	FASSIN Eric	MALOGNE-FER Gwendonile
ATLANI Laetitia	FERRAND Michèle	MARTIN Jean-Yves
ATTANE Anne	FILLIEULE Olivier	MATHIEU Lilian
AUBERTIN Catherine	FLEURY Marie	MATHIEU Nicole-Claude
AUBREE Marion	FOUGAL Tatiana	MENDES-LEITE Rommel
AUDIBERT Martine	FUMEY Gilles	METAILIE Georges
BACHELOT Annie	GAISSAD Laurent	MICOLLIER Evelyne
BALLARIN Marie-Pierre	GASTINEAU Bénédicte	MIMCHE Honoré
BARAN Éric	GEORGE Isabelle	MOISSEFF Marika
BATTESTI Vincent	GERVAIS-LAMBONY Philippe	MORELLE Marie
BEDARD Emmanuelle	GIAMI Alain	MOSSUZ-LAVAU Janine
BESNIER Niko	GRÄTZ Tilo	MSELLATI Philippe
BLANCHY Sophie	GREGOIRE Emmanuel	NAUDIER Delphine
BLANC Marie-Eve	GRUENNAIS Marc-Eric	NGUYEN Vinh-Kim
BOELLSTORF Tom	GUERIN Catherine	PAUWELS Simone
BOISVERT Valérie	GUERIN Isabelle	PHELINAS Pascale
BONERANDI Emmanuelle	GUILLAUD Dominique	PINTON Florence
BONHOMME Julien	GUINE Anouk	POURETTE Dolorès
BONNET Doris	HAMEL Christelle	RAUCH André
BOUGEROL Christiane	HANCART-PETITET Pascale	REGNIER-LOLLIER Arnaud
BOULAY Sébastien	HANDMAN Marie-Elisabeth	RENARD Marie-Christine
BOURDARIAS Françoise	HAXAIRE Claudie	REYSSO Fenneke
BOURDIER Frédéric.	HEILBORN Maria Luiza	ROZEE Virginie
BOUTRAIS Jean	HÉRAULT Laurence	SALOMON Christine
BRANCHE Raphaëlle	HERNANDEZ Valéria	SAMUEL Olivia
BREDELOUP Sylvie	HEUZE Djallal	SAUTIER Denis
BRUGEILLES Carole	JANIN Pierre	SELLATO Bernard
CARDI Colin	JASPARD Maryse	SIMON Emmanuelle
CARON Armelle	JOLIVET Marie-José.	SINDJOUN Luc
COLLIGNON René	JUHE-BEAULATON Dominique	SINOUE Alain
COSIO Maria	KARPE Philippe	SOCPA Antoine
CRESSON Geneviève	KATZ Esther	TALLET Bernard
CROMER Sylvie	LAINE Agnès	TARAUD Christelle
CUNIN Elisabeth	LARSON Jorge	TIJOU Traoré Annick
DACHER Michèle	LAURENT Pierre-Joseph	VAILLANT Zoé
DORAI Mohamed Kamel	LE BOT Yvon	VERON Jacques
de FORESTA Hubert	LECOEUR Sophie	VIDAL Claudine
de ROBERT Pascale	LEGER François	WALENTOWITZ Saskia
de SUREMAIN Charles-Édouard		
DELAUNAY Karine		
DESCHAMPS Catherine		



Achevé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau
N° d'Imprimeur : 125100 - Dépôt légal : NOVEMBRE 2009
Imprimé en France

CONDITIONS DE PUBLICATION

Les manuscrits sont publiés en français et exceptionnellement en anglais. Toutefois, le Comité de rédaction accepte les manuscrits rédigés en espagnol et portugais, à charge pour l'auteur, quand le manuscrit est retenu pour publication, d'en assurer la traduction. Les manuscrits sont soumis à l'appréciation de deux référés anonymes. Les propositions de corrections sont transmises à l'auteur par le Comité de rédaction.

Recommandations générales

Tous les manuscrits doivent être adressés en triple exemplaire (photocopies lisibles). Ils doivent impérativement comporter : le nom de l'auteur ; une adresse précise pour la correspondance ; un numéro de téléphone.

Présentation des manuscrits

Le titre est suivi des nom, prénom, qualité, affiliation et adresse professionnelle de l'auteur.

Les articles ne doivent pas excéder 50 000 signes (caractères + espaces) incluant : l'espace des figures (en moyenne 1 500 signes), les notes de bas de page, la bibliographie, un résumé (1 000 signes maximum), et des mots clés (10 maximum) en français et en anglais.

Le nombre de notes infrapaginales maximum est de 20.

Illustrations

Les figures (cartes, graphiques et tableaux) sont numérotées en continu et, dans la mesure du possible, elles sont présentées sous forme de fichiers informatiques (préciser le logiciel utilisé) si possible dans les formats Excel (tableaux), Illustrator (graphiques schémas, etc.), Photoshop (photographies, résolution à 300 dpi), à défaut dans les formats de fichier : tiff, eps. De manière générale, il est demandé que les figures soient fournies achevées et sous leur forme finale dès le premier envoi du manuscrit. Par ailleurs il ne faut pas oublier de faire figurer sur les cartes ou croquis géographiques : l'orientation géographique (Nord-Sud), l'échelle géographique, le titre de la carte, la légende éventuelle et la provenance des données de base (source).

Bibliographie

Les appels bibliographiques apparaissent dans le texte entre crochets avec le nom de l'auteur en minuscules, l'année de parution et, dans le cas d'une citation, la page concernée. Exemple [Vidal, 1996, p. 72].

Ne pas inscrire les références bibliographiques en notes infrapaginales mais les regrouper en fin de manuscrit selon un classement alphabétique par noms d'auteurs en respectant la présentation suivante :

Benoît M. [1988], « Les Bowébés du Kantoora (Sénégal) : à propos de l'état pastoral », *Cahiers des Sciences humaines*, vol. 24, n° 3, p. 379-384.

Garry G. et Grassin J. [1994], « La prise en compte du risque d'inondation dans l'urbanisme », in *Crises et inondations dans le paysage français*, Paris, SHF, p. 763-880.

Savignac E. [1996], *La Crise dans les ports*, Paris, La Documentation française, 200 p.

ABONNEMENTS ET VENTE :

Les abonnements sont annuels et commencent au premier numéro de l'année en cours

TARIFS ABONNEMENT 2010 :

FRANCE 89 € (Institutions) – 59 € (Particuliers)

ÉTRANGER 99 € (Institutions) – 69 € (Particuliers)

ABONNEMENTS ET VENTE AU NUMÉRO :

Presses de Sciences Po

117, boulevard Saint-Germain

75006 Paris

<http://www.pressesdesciencespo.fr>

Diffusion / distribution CDE/SODIS

COMMANDE D'ANCIENS NUMÉROS :

IRD - Diffusion

32 avenue Henri Varagnat

93143 Bondy cedex

diffusion@ird.fr

En matière de sexualité et de procréation, les rôles des hommes et des femmes ne sont pas symétriques, ni équivalents. Certes les femmes portent les grossesses et enfantent, mais les hommes n'en ont pas moins un rôle crucial à toutes les étapes : comme partenaires sexuels bien sûr, mais aussi comme détenteurs d'une grande part du pouvoir de décision au sein de la sphère conjugale et familiale et, majoritairement, du pouvoir politique et économique.

Si les hommes sont largement pris en compte en matière de santé sexuelle, c'est très rarement le cas dans le domaine de la santé reproductive. Les raisons de cette absence sont à la fois liées à l'histoire de l'analyse scientifique de la fécondité, mais aussi à celle de la lutte politique contre la domination masculine sur le corps des femmes. Les programmes et la réflexion autour de la santé reproductive ne s'adressent généralement qu'aux femmes. Quelle place pourrait-on y accorder aux hommes ?

Ce numéro rassemble sur ce thème des réflexions ou des recherches novatrices sur les rôles des hommes dans la sphère sexuelle et reproductive, en mettant en perspective des situations observées dans des contextes géographiques et sociaux très différents, et des sujets aussi variés que les violences sexuelles, les choix contraceptifs, l'avortement ou la prise en charge de la grossesse, en particulier quand il faut compter avec l'infection par le VIH/sida.

Éditeurs scientifiques :

Armelle Andro et Annabel Desgrées du Lou

• Armelle Andro, Annabel Desgrées du Lou

Introduction. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés

• Séverine Carillon, Véronique Petit

La pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti : une « affaire de femmes » entre les mains des hommes

• Julie Désalliers

Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabè : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ?

• Cyril Desjeux

Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine

• Agnès Guillaume, Susana Lerner

Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine

• Fatoumata Ouattara, Bouma Fernand Babiono, Marc-Eric Gruénais

Pas de mère sans un « mari ». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso)

• Annick Tijou Traore

Conjoints et pères à l'égard de la prévention du VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire)

• Joanna Orne-Gliemann

Quelle place pour les hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ?

PRESSES DE SCIENCES PO

117, boulevard Saint-Germain - 75006 PARIS

tél. : +33 (0)1 45 49 83 64

fax : +33 (0)1 45 49 83 34

Abonnements et vente au numéro :

<http://www.pressesdesciencespo.fr>

CDE / SODIS

Retrouvez la revue sur <http://www.cairn.info>

25€

ISBN 978-2-7246-3167-8

SODIS 727 012.3