

LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI : DU DISPOSITIF DE DIFFUSION DES PROGRAMMES AUX PRATIQUES DE DISCRÉTION DES USAGERS

Abdourahmane COULIBALY

USSTB, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bamako ; IRL 3189 "Santé,
Environnement, Sociétés"

coulibalyabdourahmane@gmail.com

Résumé : Les interactions entre les programmes de planification familiale et les usagers restent peu explorées par la recherche. Notre travail se fixe comme objectif de chercher à comprendre les ruptures entre les stratégies des programmes et les attitudes des populations. Les enquêtes se sont déroulées en deux phases : août 2005 à septembre 2006 (première phase) puis avril – mars 2017 (deuxième phase). Les données ont été collectées dans la ville de Bamako auprès des acteurs institutionnels employés dans les programmes de planification familiale et des usagers à travers les entretiens semi directifs (n = 62) et les observations (n= 13). La méthode d'échantillonnage par convenance a été appliquée. Les critères d'inclusion étaient les suivants : donner son consentement pour participer à l'enquête, être utilisatrices/utilisateurs des méthodes de planification familiale, être employé d'un programme de planification familiale. Toutes les personnes ne répondant pas à ces différents critères ont été exclus de l'étude. La méthode d'analyse inductive a été appliquée. Les résultats obtenus montrent que la tendance des programmes à médiatiser leurs interventions ainsi que le non-respect de la confidentialité dans certains cas s'opposent à la discrétion entourant la pratique de la planification familiale par les usagers. Pour les usagers, il existe un besoin de discrétion en partie comblé par les « pharmacies par terre ». La prise en compte de toutes ces dimensions sociales contribuera à une meilleure adoption des normes des programmes par les usagers. L'étude nous a permis de mieux comprendre les raisons qui justifient souvent les choix normatifs des individus dans le domaine de la gestion de la fécondité.

Mots clés : planification familiale, diffusion, pratiques, discrétion, Mali

Abstract : The interactions between family planning programs and users remain little explored by research. The objective of our work is to try to understand the disconnects between program strategies and people's attitudes. The surveys were conducted in two phases: August 2005 to September 2006 (first phase) and April - March 2017 (second phase). Data were collected in the city of Bamako from institutional actors employed in family planning programs and users through semi-structured interviews (n = 62) and observations (n = 13). The convenience sampling method was applied. The inclusion criteria were: consent to participate in the survey, be a user of family planning methods, and be an employee of a family planning program. All individuals who did not meet these criteria were excluded from the study. The inductive analysis method was applied. The results show that the tendency of programs to publicize their interventions and the lack of confidentiality in some cases are in conflict with the discretion surrounding the practice of family planning by users. For users, there is a need for discretion that is partly met by the "floor pharmacies". Addressing all of these social dimensions will contribute to better adoption of program norms by users. The study has allowed us to better understand the reasons that often justify individuals' normative choices in the area of fertility management.

Key words: family planning, diffusion, practices, discretion, Mali

Introduction

La planification familiale est une stratégie centrale des politiques de santé et des politiques de populations mises en place dans les pays africains depuis plusieurs décennies (M. Garenne, 2017). Cette priorité accordée à la planification familiale vient d'un postulat simple : une maîtrise raisonnée de la fécondité influence l'ensemble des politiques de développement et notamment les secteurs de l'eau, de l'énergie, de l'alimentation, de l'agriculture et de la santé des femmes et des enfants (J.G. Cleland et al. 2006). Les chercheurs ont souligné que les avantages des contraceptifs modernes pour la santé des femmes l'emportent sur les risques (J.G. Cleland et al. 2012). Malgré une prise de conscience de ces différents enjeux par les autorités publiques, le taux de prévalence contraceptive reste encore faible sur le continent africain tout en évoluant d'année en année. Selon les résultats d'une étude menée dans 9 pays du continent a montré que le taux de variation annuel moyen pondéré global des taux de prévalence de la contraception moderne chez toutes les femmes dans les neuf contextes était de 1-92 points de pourcentage (IC 95 % : 1-14 à 2-70) (A. Saifuddin et al, 2019).

Au Mali, depuis l'introduction de la planification familiale au début des années 1970, de nombreuses campagnes de sensibilisation sur les avantages du contrôle des naissances ont été réalisées. Cependant, force est de reconnaître qu'elles ont eu peu d'impact sur les comportements de fécondité. Les chiffres soulignent suffisamment l'ampleur des défis à relever. En effet, selon l'Enquête démographique et de santé (MS, MEFB, ICF international, 2013), l'indice synthétique de fécondité (ISF) est estimé à 6,1% enfants par femme. Pour les méthodes modernes, la même source estime le taux de prévalence contraceptive à 9,6% des femmes en union et les besoins contraceptifs non satisfaits à 28,7 %. Au-delà de la qualité des services offerts, les causes de la faible adhésion des usagers aux programmes de planification familiale peuvent être liées à la rupture entre les normes des programmes mettant l'accent sur la qualité de l'enfant plutôt que la quantité et les référents normatifs largement partagés qui encourageant l'enfantement (A. Coulibaly, 2010). Le présent travail reprend autrement ces distorsions entre ces deux registres normatifs.

A travers une approche ethnographique basée principalement sur les fondements théoriques de l'anthropologie du développement ou de la sociologie de la réception, cette étude vise à comprendre l'écart entre la démarche « expansionniste » des programmes et les normes de la sexualité locale caractérisées par la discrétion. Les

objectifs spécifiques sont les suivants : analyser le dispositif de vulgarisation de la planification familiale, décrire la multiplicité pratiques courantes des utilisateurs de la contraception, décrire les modalités de l'accès aux soins des utilisateurs de la contraception.

Nous définissons les normes sociales comme des règles partagées qui imposent des contraintes forçant à adopter un comportement collectif (E. Goffman, 1974). Très peu de travaux ont questionné les normes diffusées par les programmes et la façon dont ils les diffusent. L'intérêt de notre travail est de chercher à combler ce vide à travers l'étude des contrastes qui existent entre l'approche utilisée pour diffuser les normes des programmes et les attitudes les plus courantes qui caractérisent la pratique de la planification familiale chez les usagers.

Par ailleurs l'éducation sanitaire mêlée au marketing social est une stratégie utilisée par les programmes et contribue à la visibilité de la planification familiale. La visibilité articule plutôt les relations de perception (aspect esthétique) et de pouvoir (aspect politique) (A. Brighenti, 2007). Elle mobilise l'information, l'imagination et les intuitions (N. Mirzoeff, 2011). Il s'agit d'un agencement relevant de trois ordres de faits : relationnels (entre individus, groupes et États), stratégiques (actions mises en place) procéduraux (manières de concrétiser des actions tels que décidés par des individus, des groupes ou des États) (K. Truchon, 2016).

Quelques questions simples suffisent à préciser les réflexions que nous voulons mener autour de ce sujet. La question principale est la suivante : Qu'est ce qui caractérise les rapports entre l'idéologie des programmes et l'idéologie des populations ?

A cette question principale correspondent des questions spécifiques qui peuvent être formulées comme suit : comment les programmes s'y prennent – ils pour diffuser leurs modèles de fécondité? Dans quelle mesure sont – elles en contradiction avec les attitudes et pratiques des usagers en matière de gestion du corps ?

Les hypothèses peuvent être formulées comme suit : Les programmes de planification utilisent les techniques de sensibilisation de masse pour véhiculer leurs messages ; les contradictions entre pratiques des programmes et attitudes et pratiques des usagers rendent difficile l'adoption des normes des programmes par les usagers.

Pour permettre au lecteur de mieux comprendre les contenus sémantiques des notions d' « attitude » et de « pratique », nous avons jugé utile de définir ces deux notions.

Une pratique est un « type de comportement routinisé qui consiste en plusieurs éléments interconnectés entre eux : des formes d'activités corporelles, des formes d'activités mentales, des « choses » et leur usage, des connaissances de base constituées de compréhension, savoir-faire, états émotionnels et motivations » (A. Reckwitz, 2002, p. 249)

L'attitude est une disposition à évaluer favorablement ou défavorablement, négativement ou positivement, un objet particulier ou une classe d'objets (A. Eagly A., et S. Chaiken, 1993).

1. Matériel et méthodes

1.1. Site de l'enquête

Le choix de la capitale du Mali comme site d'enquête, devrait permettre de comprendre comment le phénomène d'individualisation dont la ville est le théâtre par excellence (A. Marie, 1999), et la pluralité des contextes, peuvent influencer sur des changements de tous ordres sur les modèles de procréation adoptés par les individus.

1.2. Collecte et traitements des données

Les enquêtes se sont déroulées en deux phases. La première collecte des données a eu lieu entre août 2005 et septembre 2006. Elle a permis de mener des entretiens semi-directifs auprès des acteurs de programmes de PF et des observations dans les institutions de soins sur la façon dont l'idéologie des programmes est diffusée notamment à travers les causeries éducatives. Des entretiens semi-directifs complémentaires ont été menés en mars - avril 2017, soit dix ans après la première collecte.

1.2.1. Les entretiens semi-directifs

Au total, 32 agents des programmes de planification familiale ont pris part aux entretiens semi-directifs pendant la première phase de l'enquête (2005 - 2006). Plusieurs catégories d'agents ont été concernées : (i) les agents des programmes du secteur public à différents niveaux (n= 16), (ii) les agents appartenant aux programmes non étatiques notamment employés par les organismes internationaux (n = 8) et ONG

nationales (n =8). Cette enquête auprès des acteurs des programmes avait pour objectif d'objectiver à travers eux l'idéologie des programmes.

Pendant la collecte des données complémentaires en 2017, nous avons mis un accent particulier sur la façon dont les populations opposent des tactiques tendant à la discrétion des pratiques contraceptives face aux stratégies de diffusion des programmes de planification familiale. Cela nous a amené à mener des entretiens semi-directifs auprès de 30 personnes (dont 16 femmes) se différenciant par l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, l'origine sociale et le nombre d'enfants. La tranche d'âge représentant la «génération actuelle» est celle des 15 - 40 ans (n= 15) et celle représentant les « anciens » commence à partir de 41 ans (15 personnes). Nous avons inclus toutes ces catégories de personnes dans l'enquête pour multiplier les critères de variation et parce qu'il s'agit de personnes avec des expériences variées dans le domaine de la procréation.

Le recrutement des répondants s'est fait à travers la méthode «boule de neige» (un premier répondant indiquant d'autres contacts possibles).

Certaines des femmes interrogées ont été contactées dans les centres de santé où elles s'étaient rendues pour bénéficier des services de CPN, CPON, PF. Il s'agit de 6 centres de santé (1 centre par commune du district de Bamako) dont le choix a été guidé par le fait que nous y avons déjà mené des enquêtes dans le passé et avons donc gardé une certaine familiarité avec le personnel. Le contact avec ces femmes a été souvent facilité par le personnel sanitaire. Nous avons préféré les interroger à leur domicile pour éviter tout biais lié à la présence du personnel sanitaire susceptible d'influencer les réponses de nos interlocuteurs. Tous les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone et ont ensuite été transcrits intégralement.

2. L'observation

Parallèlement aux entretiens semi-directifs de la première phase, nous avons aussi mené observations de situations focalisées sur les causeries éducatives qui sont des groupes constitués de quelques personnes réunies autour d'un agent de santé qui les informe et les sensibilise sur divers thèmes de santé (nutrition, allaitement maternel, importance de la consultation prénatale ou de la vaccination, avantages de la planification familiale, etc.). Le centre de santé de référence (CSREF) et le centre de

santé communautaire (CSCOM) ont été choisis comme sites d'observation dans chaque commune du District de Bamako. Treize séances d'EPS sur la planification familiale (dont 8 dans les CSCOM) ont fait l'objet d'observation pendant les quatre premiers mois de nos enquêtes. Avant de débiter les enquêtes, nous nous adressions d'abord aux médecins responsables des centres de santé pour leur expliquer les objectifs de notre recherche. Ces derniers nous introduisaient ensuite auprès du personnel en leur expliquant pourquoi nous étions là avant de leur demander de participer à l'étude. L'observation était focalisée aussi bien sur la façon dont le message sur la PF était délivré (démarche de l'animatrice) que sur la façon dont il était reçu par les interlocuteurs (comportement de l'interlocuteur ou des interlocuteurs).

Toutes les données collectées ont fait l'objet d'une classification préalable.

Une « grille thématique » a été élaborée ainsi qu'un « code book » pour aider à repérer la présence des thèmes dans la réponse ou le fragment de texte considéré.

Le plan d'analyse comprend : (1) une lecture attentive des données visant une recension des codes ou certaines thématiques pertinentes, (2) attribuer un « code » et s'assurer que les données brutes reliées à chacun des codes soient clairement identifiées, (3) Ce codage servira ensuite de matrice pour mener l'analyse selon la méthode d'analyse de contenu.

3. Résultats et analyse

Le dispositif de vulgarisation de la planification familiale.

3.1. Les programmes

D'un point de vue descriptif « la planification familiale » (PF) correspond à un ensemble de programmes étatiques ou non étatiques, nationaux et internationaux liés les uns aux autres par des relations multiformes et se revendiquant tous d'un fond idéologique commun qui est celle du contrôle des naissances à travers l'usage massif de la PF. Ce lieu commun des programmes cache de multiples variations dans la forme des interventions. Pour comprendre les formes de l'action, il faut donc préciser les liens techniques entre les intervenants. C'est ainsi qu'on retrouve les « programmes bailleurs » d'une part et les « programmes courtiers » de l'autre. Les premiers octroient des financements aux seconds qui se chargent de réaliser les activités au plus près des communautés. Les programmes courtiers se subdivisent en deux catégories. Il s'agit

des bénéficiaires directs des fonds des bailleurs qui financent à leur tour les bénéficiaires secondaires.

Les programmes de fécondité construisent donc une arène animée par des acteurs organisés en bailleurs et en courtiers ou encore en réseaux. Tous ces acteurs se fixent comme objectif de vulgariser la pratique de la planification familiale au maximum, les premiers par l'octroi de financement et les seconds à travers des activités de vulgarisation.

Les activités menées par les animateurs des programmes ont pour objectif d'inciter les destinataires des messages à pratiquer la PF. M.T., animateur d'une ONG résume ici les activités qu'il mène au quotidien :

Nous menons des activités de sensibilisation, de mobilisation sociale. Nous faisons aussi la formation des pairs éducateurs, la mise en œuvre des activités de terrain, les activités de CIP/CCP à travers la causerie éducative, les projections de films vidéo, les visites à domicile, le counseling et les activités de masse. (M.T., animateur).

Il s'agit là d'une forme de communication que Pierre Zémor (2005, p.5) assimile à la « communication publique » définie comme « la communication formelle qui tend à l'échange et au partage d'informations d'utilité publique, ainsi qu'au maintien du lien social et dont la responsabilité incombe à des institutions publiques ».

3.2. Les techniques et les stratégies d'incitation à la contraception

Le discours « officiel » sur la planification familiale est relayé de plusieurs manières: la radio, la télévision, les institutions de santé, les parents, les amis, etc. La radio et la télévision occupent une place de choix dans la diffusion des discours incitant à la pratique de la planification familiale. En effet, les avantages de la PF sont souvent vantés à travers des spots. Dans ces spots, des comparaisons sont souvent faites entre les couples qui pratiquent l'espacement des naissances présentés comme « heureux » et ceux qui ne la pratiquent pas.

La « causerie éducative » est un autre mode très répandu de transmission des discours sanitaires. Elle est aussi appelée « causerie-débat » ou encore « IEC » (Information éducation communication). La particularité des causeries éducatives vient du fait qu'elles donnent lieu à des échanges directs entre les animatrices de ces séances (souvent des sages - femmes ou des infirmières) et les usagers des centres de santé.

Toutes ces initiatives visant à vulgariser la pratique de la planification familiale reposent sur le postulat qu'il existe un modèle de fécondité telle que la définissent la plupart des professionnels, les experts, les institutions et de nombreux groupes d'intérêts.

D'une certaine manière, le dispositif de la planification familiale à travers les différents discours véhiculés et les stratégies fait de la production «expansionniste», «centralisée» et «bruyante» comme le soulignent les propos dénonciateurs d'un leader religieux interrogé au cours de notre enquête : « *Il faut agir avec mesure. S'il y a la demande, qu'on le fasse mais il ne faut pas que ça soit 'généralisé' ou 'vulgarisé' d'une certaine manière, il ne faut pas qu'on pousse tout le monde à le faire.* »

3.3. Des tactiques de discrétion face aux stratégies de médiatisation des programmes

3.3.1. Le recours aux services anonymes

Le centre de santé du quartier présente pour certains usagers le risque d'être reconnu par un proche ou une connaissance quelconque à cause de sa proximité relative. De ce fait, c'est un espace qui protège peu l'anonymat dans lequel l'individu souhaite rester. Alors, trois options se présentent aux utilisatrices de la contraception: (i) aller dans un autre centre de santé loin de leur résidence, (ii) ne pas venir du tout dans un centre de santé, (iii) venir uniquement la nuit : « *J'ai peur d'y être vue, je vais plutôt dans un centre de santé en ville.* » (F.C., 20 ans, aide - domestique). La vente de produits contraceptifs sur les étals dans les marchés ou à même le sol ou encore par les vendeurs ambulants est un phénomène répandu à Bamako. Ces formes de commercialisation permettent aux utilisatrices de s'y approvisionner sans beaucoup de gêne comme c'est souvent le cas à la pharmacie. En effet, les échanges ont souvent lieu entre le vendeur et la cliente et ils se déroulent dans la discrétion concernant tout ce qui touche à la sexualité (aphrodisiaques, contraceptifs) : « *J'achète toujours les 'médicaments' chez les colporteurs (Yala Yala fura). C'est mieux que d'aller se montrer au centre de santé pour que tout le monde t'y vois.* » (G.H., 23 ans).

3.3.1.1. Les consultations nocturnes

Le service de garde dans les centres de soins permette d'accueillir les personnes qui désirent pratiquer la planification familiale mais qui ne peuvent pas venir soit parce

qu'elles sont occupées pendant la journée, soit parce qu'elles courent moins de risque d'être vues pendant la nuit : « *Je fais le planning, mais dans mon entourage, on le ne sait pas, je me cache. C'est la nuit que je vais au centre de santé pour parler avec la 'docteur'.* » (T.M., 19 ans). C'est cette double motivation qui pousse beaucoup d'aides ménagères à se rendre en consultation pendant la nuit après les tâches ménagères.

3.3.1.2. *Acheter sans parler ou désigner sans nommer :*

Le sentiment de honte que certaines femmes éprouvent du fait qu'elles pratiquent la contraception se manifeste quand elles se rendent dans les officines pour acheter le produit. En effet, les interactions entre ces femmes, venues acheter la pilule, et les vendeurs sont largement codifiées. C'est ce que souligne l'extrait suivant :

Quand elles viennent pour acheter les produits, elles s'arrêtent là, juste devant moi et elles déposent une pièce de 100 FCFA sans dire quoi que ce soit. Mais des fois, elles désignent les produits par des noms spécifiques. Pour parler de la pilule par exemple, elles disent: 'le médicament pour 100F-100F' (mugan mugan furanin) ou encore en disant simplement 'pour 100F' (muganna)
 [KD., vendeur de pharmacie]

Dans le contexte malien, cette façon de désigner sans nommer marque les discours sur la sexualité d'une manière générale. Dans une sorte de discipline langagière, la sexualité est le plus souvent évoquée à travers les allusions, les métaphores parce qu'autrement, « dire les choses par leurs noms » conduit à un manquement aux règles de convenance. Les usages linguistiques se nourrissent largement de ce jeu entre l'implicite des mots et l'explicite, le sens apparent et le sens réel.

3.3.1.3. *L'utilisation des contraceptifs « invisibles »*

La préférence pour les injectables est justifiée de la même manière par les prestataires et les clients: leur commodité. La pilule, qui était le contraceptif moderne le plus utilisé, est maintenant concurrencée par les injectables dans presque tous les centres de santé du secteur public. Les femmes qui disent utiliser la pilule sont généralement confrontées à un double risque: l'oubli et le dévoilement de la pratique : « *J'utilisais la pilule, mais je l'ai vite abandonnée car j'oubliais de prendre ces comprimés chaque jour. Vous savez, maintenant, les gens ont tellement de problèmes que c'est difficile d'y penser à chaque fois* » (K.C., 24 ans).

La reproduction est un domaine privilégié où les inégalités des rapports sociaux de sexe font que la femme a peu de contrôle sur son corps (P. Tabet, 1985). Beaucoup de conjoints s'opposent à la pratique de la contraception par leurs femmes pour diverses raisons notamment le fait d'assimiler cette pratique à un refus de faire des enfants contrariant ainsi le désir masculin d'une prolongation de la descendance (A. Coulibaly, 2010). Pour certaines femmes, la contraception est une pratique secrète dont le conjoint n'est pas informé. Avec la pilule, la discrétion est d'autant plus difficile à préserver que la prise des comprimés doit se faire à un rythme journalier. Certaines utilisatrices de la pilule prennent des «précautions» dès le lieu d'achat du produit. Dans toutes les pharmacies où nous avons mené nos enquêtes, il nous a été confirmé que les femmes, une fois qu'elles achètent les pilules, prennent toujours le soin d'enlever les comprimés de leurs emballages, qu'elles jettent avant même de quitter la pharmacie.

3.3.1.4. *Le recours aux « planques » contraceptives*

La discrétion est d'autant plus difficile à préserver avec la pilule que la prise des comprimés doit se faire à un rythme journalier. Les emballages de pilules sont particulièrement compromettants pour les femmes, qui ont du mal à les cacher dans la chambre conjugale sans que le conjoint non consentant ne les découvre un jour ou l'autre. Face à ce risque de dévoilement, certaines femmes n'hésitent pas à cacher les paquets de pilules dans la cuisine, un espace spécifiquement féminin et presque jamais fréquenté par les hommes. Les femmes cachent aussi les paquets de pilules dans les tasses de condiments ou en bas des jarres d'eau ou encore chez une amie, pour les mettre à l'abri du regard de l'époux : « *Au début, je gardais sous la jarre. Je n'étais pas du tout sûre qu'il fût à l'abri du regard de mon mari, j'ai donc préféré les garder dans les tasses de condiments.* » (M.L., 28 ans).

4. Discussion

La discussion est un travail structuré. La présente discussion s'assimile à une revue de la littérature. La confrontation des résultats de la présente étude à ceux d'autres travaux à partir de certains points précis n'est pas prise en compte ici.

L'analyse des données de cette enquête nous a permis de comprendre le sens de certaines attitudes et pratiques chez les individus qui sont communément appelés

les « usagers » de la planification familiale. Il existe une forte demande de discrétion qui n'est pas prise en charge par les programmes.

L'analyse des usages linguistiques montre que ceux-ci se caractérisent largement par l'imprécision et cette imprécision est un fait qui marque nos interactions au quotidien et apparaissent même comme étant une nécessité comme le souligne Georg Simmel (1998 : p. 23), « *Nous sommes faits de telle sorte que nous avons besoin [...] d'imprécision dans notre commerce avec les êtres...* » .

L'achat des contraceptifs par les usagers des officines de pharmacie traduit le fait qu'au-delà de la parole, le sens de l'échange se transmet aussi par les mouvements corporels qui ajoutent une dimension à l'interaction : ils peuvent souligner ou nuancer le propos, faciliter l'échange, exprimer des émotions et manifester du sens pour soi et pour les autres (D. Le Breton, 1998). Cette demande de discrétion se retrouve dans les choix des moyens contraceptifs utilisés. Les statistiques montrent que la pilule est concurrencée par l'injectable qui garantit une plus grande discrétion que la pilule du fait que le produit injecté ne laisse pas de traces.

Pour les adultes comme pour les adolescents, la pratique contraceptive traduit l'exercice d'une activité sexuelle. Au-delà, elle est associée à la recherche du plaisir sexuel par l'empêchement de la procréation. Le lien entre contraception et recherche du plaisir s'exprime particulièrement dans le cas des personnes célibataires dont la quête de plaisir se traduit souvent par la multiplication des partenaires sexuels. Ce lien avec le sexuel incite beaucoup d'utilisateurs des moyens contraceptifs à la discrétion du fait qu'ils éprouvent de la honte (*maloya*). Au-delà de l'activité sexuelle, c'est le jugement social lié à la sexualité célibataire qui représente souvent le problème. Chez les adolescents, un tel comportement traduit une double déviance sociale : celle liée à la pratique d'une activité sexuelle et celle liée à la pratique de la contraception. Une analyse lexicologique de la notion de honte (*maloya*) souligne que celle - ci recouvre une catégorie d'affects regroupant des émotions apparentées telles que l'embarras, la confusion, la timidité et la pudeur. Son statut moral et ses formes fluctuent d'une société à l'autre (C. Baroin & B. Cooper, 2018) et même d'un segment à l'autre au sein d'une même société (L. Carbonnel, 2018). Il est possible de distinguer deux axes dans l'analyse de cette notion : le versant social de la honte, liée à une violation des codes

d'honneur en vigueur dans les sociétés, et son versant intime, en lien avec la sexualité et la culpabilité d'une faute intériorisée (C. Baladier, 2004).

Au-delà de la planification familiale, c'est la question de l'insertion de la logique du global dans un milieu local qui est mis en relief dans ce travail. Comme le soulignent différents travaux (M. De Certeau, 1990 ; B. Hours, 2002 ; I. Gobatto, 2003 ; A. Appadurai, 2005), les contraintes « extérieures » ne s'imposent pas sans « heurts » du fait que les acteurs locaux les réinterprètent selon leurs propres intérêts et leurs propres systèmes de sens sans que ceux-ci n'aient moins de valeur heuristique que les logiques globales (J.C. Passeron, 1991). La prise en compte des rationalités d'acteurs et du contexte local représentent une nouvelle perspective pour l'anthropologie classique dont les approches mettent en valeur la permanence, l'homogénéité, la cohérence. En effet, les programmes et les professionnels de l'éducation pour la santé sont confrontés au quotidien à des individus insérés dans des histoires locales, des lieux et des conditions de vie bien réelles. Evoquant ces rapports entre institutions et acteurs sociaux, Michel De Certeau (1990) souligne : « à une production rationalisée, expansionniste autant que centralisée, bruyante et spectaculaire, correspond une autre production, qualifiée de « consommation » : celle-ci est rusée, elle est dispersée, mais elle s'insinue partout, silencieuse et quasi invisible, puisqu'elle ne se signale pas avec des produits imposés par un ordre économique dominant. » (De Certeau 1990, XXXVII, introduction générale).

Contrairement à ce qui s'est passé jusque-là, le dispositif de la planification familiale doit reposer sur un modèle dont l'objectif est moins de changer des comportements que d'accompagner des individus considérés comme auteur et acteur de leur santé, pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent. C'est ce qui justifie cette réflexion selon laquelle « l'éducation pour la santé n'a pas pour finalité de faire baisser la prévalence d'un comportement mais bien de permettre l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre. » (D. Jourdan et D. Berger, 2005 : p. 18). La notion d'autonomie et de responsabilité sont centrales dans la définition de l'éducation pour la santé (J. Veret, 2002). Toutes ces réflexions renvoient à la théorie de diffusion des innovations selon laquelle le processus d'adoption d'une nouvelle technologie ou d'une idée se déroule selon les étapes suivantes : connaissance, persuasion, décision, mise en œuvre et confirmation (E.M. Roger, 2003 : p. 169).

Notre analyse du dispositif s'appuie sur l'idée selon laquelle « *le dispositif est le lieu de l'inscription technique d'un projet social total, agissant par la contrainte, et visant le contrôle aussi bien des corps que des esprits.* » (J.S. Beuscart et A. Peerbaye, 2006, p. 5).

Il se met en place pour remplir « une fonction stratégique dominante », souvent pour « répondre à une urgence » (Foucault, 1994 [1977], p. 299). Le dispositif s'adapte et se reconfigure en permanence à travers l'adoption de nouvelles stratégies et des innovations. C'est le lieu d'inscription d'un savoir - pouvoir agissant par la contrainte et visant le contrôle des corps et des esprits (J.S. Beuscart et A. Peerbaye, 2006, p. 5). Le dispositif de la planification familiale est un ensemble d'acteurs, de techniques, de discours et de moyens visant le changement du modèle reproductif en vigueur et il renvoie de cet fait à cette autre définition de la notion de dispositif : « *tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants* » (G. Agamben, 2007, p. 31). Il véhicule des normes mondialisées, des « méta - idéologies » (J-P. Olivier de Sardan, 1995, p. 57).

Conclusion

Les enquêtes menées à Bamako lors de cette recherche montrent que plusieurs conceptions s'affrontent dans l'arène locale qui est celle de la planification familiale notamment la conception du corps selon les programmes de planification familiale et la conception du corps selon les usagers. Il existe également chez chaque individu deux corps correspondant chacun à des idéologies bien spécifiques : le « corps pour soi » et le « corps pour autrui ». Ces corps correspondent à des catégories morales. En effet, dans l'imaginaire populaire le « corps pour soi » est assimilé au pudique et le « corps pour autrui » à l'impudique. A travers la planification familiale, ce sont deux ordres de phénomènes qui sont en présence : l'ordre biologique d'un côté et l'ordre social de l'autre. Sur le plan social, « la planification familiale est toujours autre chose qu'elle-même » comme le soulignait Maurice Godelier (2001) pour la sexualité dans un article consacré à ce sujet. L'échec relatif des programmes de planification familiale trouve son explication dans la faible prise en compte des significations locales rattachées au corps. Pour obtenir une adhésion des usagers à leurs propositions idéologiques, les programmes de planification familiale doivent chercher à articuler les dimensions

sociales de la planification familiale et les modèles véhiculés au moyen des activités d'éducation sanitaire. L'analyse du rapport au corps des individus et de leurs évolutions selon les contextes permettra sans doute de comprendre de façon concrète la nature de cette articulation et de proposer des solutions pouvant permettre aux programmes d'être beaucoup plus efficaces que ce qu'ils ont démontré jusque-là. Les travaux anthropologiques pourront beaucoup aider en cela.

Références bibliographiques

- Agamben Giorgio, 2007, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* (M. Rueff, Trad.). Paris : Payot & Rivages.
- Appadurai Arjun, 2005, *Après le colonialisme, les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris : Payot et Rivages.
- Baladier Charles, 2004, « La honte et l'honneur dans les langues d'Europe occidentale », *Siglia*, 14, pp. 19-26.
- Baroin Catherine et Cooper Barbara., 2018 (eds), *La honte au Sahel, Pudeur, respect, morale quotidienne*, Paris, Sepia.
- Beuscart Jean-Samuel., Peerbaye Ashveen, 2006, « *Histoires de dispositifs* », *Terrains et travaux*, n° 11, pp. 3-15.
- Brighenti Andrea, 2007, « Visibility. A Category for the Social Sciences », *Current Sociology*, Vol.55, n°3, p.323-342. <https://doi.org/10.1177/0011392107076079>
- Carbonnel Laure, 2018, « Intrusions bouffonnes au Mali dans le quotidien et dans les cérémonies : la question de l'échelle dans l'analyse des ambiances », *Communications* 1(112), 123 - 135. DOI : 10.3917/commu.102.0123. URL : <https://www.cairn.info/revue-communications-2018-1.htm-page-123.htm>.
- Cleland John, Bernstein Stan, Ezeh Alex, Faundes Anibal, Glasier Anna, Innis Jolene, 2006, "Family planning : the unfinished agenda", *Lancet*, Nov 18, 368 (9549), 1810-1827.
- Cleland John, Conde - Agudelo Agustin, Peterson Herbert., Ross John, Tsui Amy Ong., 2012, "Contraception and health", *The Lancet*, series Family planning, Vol. 380, issues 9837, 149-156. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60609-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60609-6).
- Coulibaly Abdourahmane, 2010, *La planification familiale au Mali : étude anthropologique*, Sarrebruck Editions universitaires européennes.

- DE Certeau Michel, 1990, *L'invention du quotidien*¹, arts de faire, Paris, Editions Gallimard.
- Alice Hendrickson Eagly A., et Shelly Chaiken, 1993, *The Psychology of Attitudes*. Belmont, CA, Thomson Wadsworth.
- Foucault Michel, 1976. *Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Foucault, Michel., 1994 [1977]. « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et écrits*, T. II., Paris, Gallimard, pp. 298-329.
- Gobatto Isabelle. (dir.), 2003, *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris : Editions Karthala et MSHA.
- Godelier Michel., 2001, «La sexualité est toujours autre chose qu'elle-même», *Esprit*, mars-avril, pp. 96-104.
- Godin Gaston, 1991, « Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences sociales et santé*, vol 9 (1), pp. 65 – 94.
- Garenne Michel, 2017, *Planning familial et fécondité en Afrique : Évolutions de 1950 à 2010*. hal-01578080, Ferdi WP, n° 194.
- Goffman Erving. *Les rites d'interaction*. Paris : Minuit, 1974.
- Hours Bernard, 2002, *Domination, dépendances, globalisation. Tracés d'anthropologie politique*, Paris : L'Harmattan.
- Jourdan Didier, Berger Dominique, 2005, « De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé », *La Santé de l'homme*, 17-20.
- Le Breton David. 1998, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris.
- Marie Alain et al (ed.), 1997, *L'Afrique des individus, Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*, Paris, Editions Karthala.
- MS (Ministère de la santé), MEFB (Ministère de l'économie et du budget), ICF international, 2013, *Enquête démographique et de santé du Mali, EDS V 2012 – 2013*.
- Ministère de la Santé, Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce, Macro International Inc., 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*.
- Ministère de la Santé, 2006, *Annuaire SLIS 2005*
- Mirzoeff Nicolas, 2011, *The Right to Look: A Counterhistory of Visuality*, Durham, Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822393726>

- Olivier De Sardan Jean - Pierre., 2003, «Observation et description en socio-anthropologie». In Blundo Giorgio et Olivier De Sardan Jean - Pierre (eds.). *Pratiques de la description, Enquêtes*, 13-40. Paris : Editions de l'EHESS.
- Passeron Jean - Claude., 1991, *Le raisonnement sociologique, l'espace non-poppérien du raisonnement naturel*. Paris : Nathan.
- Rogers Everett .M., 2003, *Diffusion of innovations* (5 th ed.). New York: Free Press.
- Andreas Reckwitz, 2002, « Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorizing ». *European Journal of Social Theory*, vol. 5, no. 2, p. 243-263.
- Simmel Georg, 1998, « Psychologie de la discrétion », *La Parure et autres essais* (1906) (trad. et présentation de Michel Collomb, Philippe Marty et Florence Vinas). Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Saifuddin Ahmed et al, 2019, "Trends in contraceptive prevalence rates in sub-Saharan Africa since the 2012 London Summit on Family Planning: results from repeated cross-sectional surveys", Vol 7 (7), E-904-E911. Disponible sur <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X%2819%2930200-1/fulltext#articleInformation>. Consulté le 26 octobre 2021. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30200-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30200-1)
- Tabet Paola., 1985, «Fertilité naturelle, reproduction forcée», In Mathieu N.-C., (dir.), *L'Arraînement des femmes. Essai d'anthropologie des sexes*, Paris, Cahier de l'Homme, EHESS.
- Truchon Karoline, 2016, « Le Digital Storytelling. Pratique de visibilisation et de reconnaissance, méthode et posture de recherche », *Anthropologie et Sociétés*, Vol.40, n°1, p.125-152. <https://doi.org/10.7202/1036374ar>
- United Nations, 2009, *World Population Prospects. The 2008 Revision. Highlights*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations, Population Division (UNPD), 2015, *World Population Prospects, the 2015 Revision*. New York, NY, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Sales: ST/ESA/SER.A/377.
- Veret Jean - Luc., 2002, *Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé. Contribution à l'élaboration d'un langage commun*. Publication du CORES.
- Zemor Pierre, 1995, *La communication publique*. Paris : PUF.