

DÉMOGRAPHIE ET CULTURES

*Colloque international de Québec
(Canada, 25-29 août 2008)*



**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>**

Rôle des hommes et des leaders d'opinion¹ dans la promotion de la planification familiale au Burkina Faso : permanence ou changement ?

Cécile M. ZOUNGRANA* ; Yaro YACOUBA** ; Siaka TRAORÉ*

* UNFPA

** CERFODES

1. Contexte et justification

L'implication des hommes dans les programmes de la santé de la reproduction (SR) et plus spécifiquement dans la planification familiale (PF) a toujours préoccupé les divers acteurs de développement tant au niveau national qu'international. Aussi, les conférences internationales sur la population et le développement (CIPD, 1994) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), entre autres, ont vivement recommandé la mise en œuvre d'actions en la matière. Dès lors, les programmes tentent de prendre en compte les besoins des hommes, dans le but d'une part d'accroître le degré d'implication de ces derniers et d'autre part, d'optimiser la qualité, la disponibilité, l'acceptation et l'accessibilité des services de SR. En dépit de ces actions, les évaluations des programmes de SR mettent encore en relief une faible couverture des besoins des hommes en matière de SR ainsi qu'une participation très limitée de ces derniers dans lesdits programmes.

Dans un pays comme le Burkina Faso où la situation sanitaire en générale et celle de la SR en particulier est encore précaire malgré les multiples efforts consentis (le taux de mortalité maternelle est estimé à 484 pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS BF, 2003), l'implication des hommes dans la SR se justifie à plus d'un titre. Par ailleurs, la prévalence des MST et du VIH/SIDA en particulier, interpelle les hommes à s'impliquer de diverses manières pour permettre à la femme, au couple et à la famille de mener une vie saine et épanouie. Plusieurs études mettent en évidence la responsabilité des hommes dans la prise de décisions sur les questions de SR (Dwyer et Jezowski, 1995). Selon ces études, les résultats mitigés des programmes de santé de la reproduction sont imputables en grande partie à la faible participation des hommes. Andro (2002) signale que dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, seule une minorité d'hommes mariés interrogés ont indiqué avoir discuté de la planification familiale avec leur épouse au cours des 12 derniers mois avec des proportions allant de 23% au Niger et au Sénégal à 43% au Mali. Par contre dans les pays de l'Afrique de l'Est, les hommes étaient plus susceptibles à discuter de la planification familiale. Elle concluait que le faible niveau de la contraception était tributaire de ce déficit de communication dans le couple. Pierre Ngom (2002) trouvait également que la non communication entre couple était le premier obstacle qui explique les besoins non satisfaits en planification familiale. Mbodji (2002) mentionne qu'en milieu africain noir, la dimension sexuelle de l'individu était sa fonction de géniteur au service du groupe [...], conférant ainsi à l'homme et à la femme le devoir de procréer, le couple se devant d'avoir des enfants. Ces différentes études mettent en évidence les facteurs socioculturels comme des déterminants du faible usage des méthodes contraceptives eu égard à la primauté accordée aux fonctions reproductrices de l'homme et de la femme.

¹ Hommes chefs de ménages, Chefs coutumiers, Responsables religieux (musulmans, diocésains, protestants), Agents de presse, Opérateurs économiques

Dans cette communication, l'implication de l'homme dans la santé de la reproduction est saisie à travers les attitudes et pratiques vis-à-vis de la planification familiale (PF), plus spécifiquement l'utilisation des méthodes contraceptives dans le couple et la discussion entre partenaires dans le domaine de la PF. Partant de l'hypothèse qu'au Burkina Faso, les hommes s'impliquent faiblement dans les activités de la SR, la communication :

1. examine les principaux facteurs qui affectent la participation des hommes dans l'adoption de la planification familiale et met en évidence le rôle que jouent les hommes et les leaders d'opinion dans la transmission des systèmes de valeur et de pratiques culturelles au sein de la communauté et les effets que cela peut avoir sur les comportements démographiques ;
2. fait des propositions qui aideraient à améliorer la participation des hommes dans les activités de SR au bénéfice de toute la famille.

2. Données et méthodes

2.1. Sources de données

Les données utilisées sont issues de deux sources : l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso de 2003 et l'étude socio-comportementale de type CAP (Connaissances, attitudes et pratiques) réalisée en 2006 par le Ministère de la Santé avec l'appui du Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Trois types de questionnaire ont été utilisés dans le cadre de l'EDS : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme et le questionnaire individuel homme qui constitue la base pour cette communication. Son échantillon est représentatif du découpage administratif en régions et est basé sur un sondage par grappe, stratifiée à deux degrés. Sur les 9149 ménages identifiés, 9097 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99%. Les données de l'EDS du Burkina (2003) utilisées dans cette communication concernent uniquement les hommes des 4 régions (Centre, Centre-est, l'Est et Sahel) de l'étude socio-comportementale réalisée en 2006. Pour l'ensemble de ces quatre régions sélectionnées, l'EDS a touché 890 hommes issus de 890 ménages.

L'étude socio-comportementale (2006) visait à évaluer l'implication des hommes et leaders d'opinion dans les activités de promotion de la SR dans 4 régions (Centre, Centre-est, l'Est et Sahel) couvrant 9 districts sanitaires. Le type d'échantillonnage utilisé est celui du choix raisonné. Au total, 525 personnes sur 560 répondants prévisionnels ont été enquêtées, soit un taux de couverture général de 93,8%.

2.2. Méthode d'analyse des données

En ce qui concerne l'analyse des données de l'EDS, nous avons procédé dans un premier temps à une étude différentielle des inégalités entre les hommes en matière d'implication dans la planification familiale. Dans un second temps, l'analyse multidimensionnelle, à travers la régression logistique nous a permis de mettre en exergue les facteurs explicatifs pertinents des comportements de hommes en matière de planification familiale. La discussion avec la partenaire et l'utilisation des méthodes contraceptives sont les deux variables dépendantes de l'étude. Elles sont rendues dichotomiques, notamment pour les besoins de la régression logistique. Quand aux variables explicatives, elles comprennent le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de vie², la religion et l'âge.

Nous faisons l'hypothèse que la participation des hommes dans la SR au Burkina Faso est faible de façon générale. Toutefois :

² Le niveau de vie a été estimé par l'EDS en cinq quintiles qui sont les très pauvres, les pauvres, les moyens, les riches et les très riches.

- les jeunes, les hommes instruits, ceux vivants en milieu urbain et ceux qui ont un niveau de vie élevé ont des comportements plus favorables à la SR du fait de l'accès à l'éducation, une meilleure exposition à l'information et à d'autres cultures et une plus grande ouverture d'esprit ;
- les chrétiens (catholiques ou protestants) et les sans religion s'impliquent davantage dans la SR que les hommes des autres religions (animistes, musulmans) du fait d'une plus faible valorisation de la tradition et des tabous culturels.

Les principaux résultats de cette analyse seront croisés avec ceux de l'étude socio-comportementale. L'analyse part de la place que les hommes et des leaders d'opinion occupent dans la communauté et de leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de SR telle que décrite par l'étude pour dégager le rôle que ces derniers jouent dans la transmission des systèmes de valeur et de pratiques culturelles au sein de la communauté et les implications possibles au plan démographique. Les modèles de Rifkin (1981) et Bichmann et Schesta (1989) à travers les cinq dimensions de la participation (identification des besoins, leadership, organisation, mobilisation et gestion) ont servi de base à l'analyse des données qualitatives.

3. Résultats

3.1. Disparités entre hommes en matière d'implication dans les activités de planification familiale

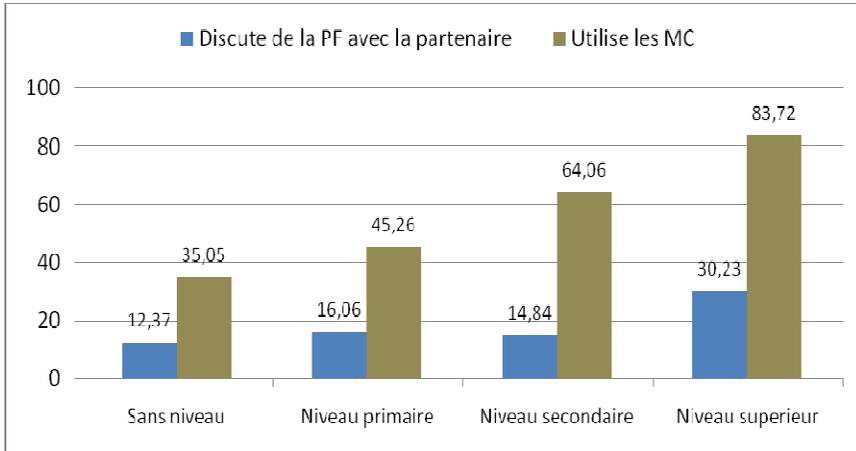
L'implication des hommes dans la santé de la reproduction est tributaire de leurs caractéristiques socioéconomiques. Certains attributs socioculturels traditionnels prédisposeraient les hommes à un moindre échange avec la femme. Ainsi l'analyse des données de l'EDS/2003 montre que les hommes de niveau d'instruction élevé (30%) sont plus enclins à discuter de planification familiale avec leur partenaire contrairement à leurs homologues non instruits (12%). Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives croît également avec le niveau d'instruction des hommes. Les inégalités entre ces catégories d'hommes sont plus prononcées au niveau de l'utilisation des méthodes contraceptives (MC) comparativement à la discussion sur la PF (graphique 1). Dans cette perspective, on s'attend à ce que les jeunes générations qui sont les plus scolarisées, soient plus favorables à la PF comparativement à leurs aînés. Le graphique 3 indique que la relation n'est pas linéaire et les comportements sont plus favorables chez le groupe d'âge intermédiaire (30-44 ans). De plus, c'est parmi les jeunes que la communication sur la PF et l'utilisation des MC sont les moins fréquentes.

Au niveau de la variable religion (graphique 2), les sans religion, les catholiques et les protestants sont nettement plus favorables à la PF comparativement aux musulmans et aux animistes qui se distinguent par la faiblesse de la communication avec leur partenaire.

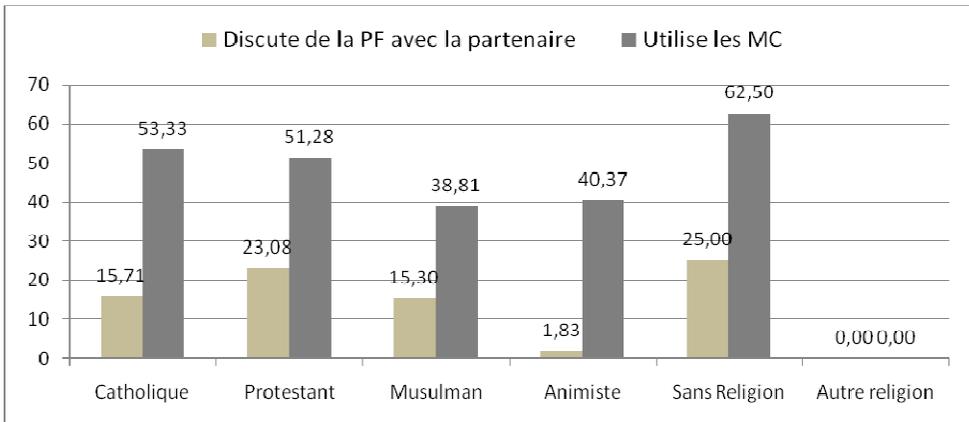
Selon le graphique 4, les très riches sont de deux à quatre fois plus favorables à la PF que les riches. En somme, les hommes d'un niveau de vie très élevé sont plus enclins à utiliser les MC que les riches, les moyens, les pauvres et les très pauvres. De même ceux qui résident en milieu urbain (graphique 5) sont plus de deux fois nombreux à discuter de la PF ou à utiliser une MC que ceux qui vivent en milieu rural.

NB : Ces relations n'ont pas pu être vérifiées à partir de l'enquête socio-comportementale de 2006 du fait de la non disponibilité de la base de données.

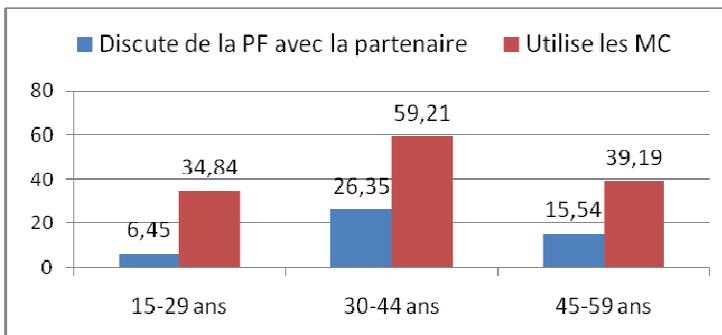
GRAPHIQUE 1 : LA DISCUSSION DE LA PF ET L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION



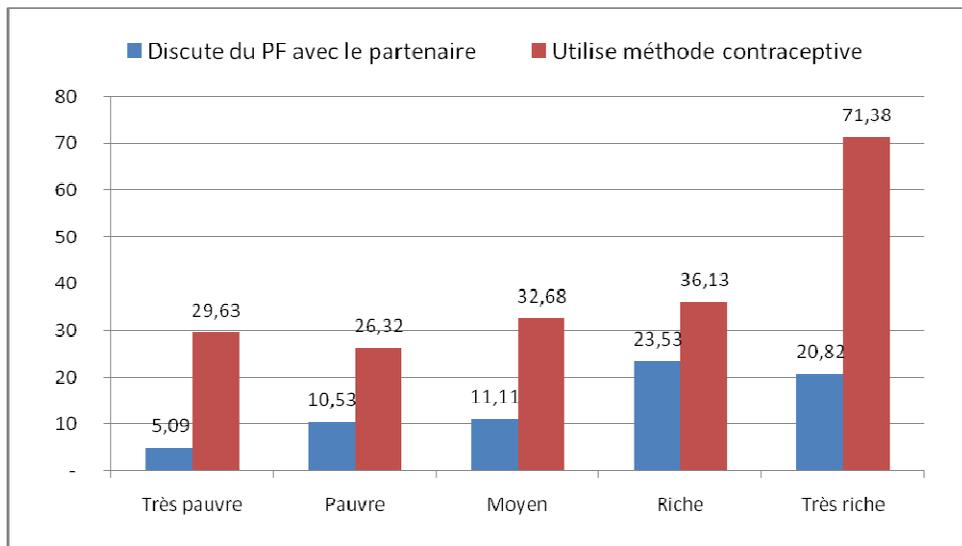
GRAPHIQUE 2 : LA DISCUSSION DE LA PF ET D'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES SELON LA RELIGION D'APPARTENANCE



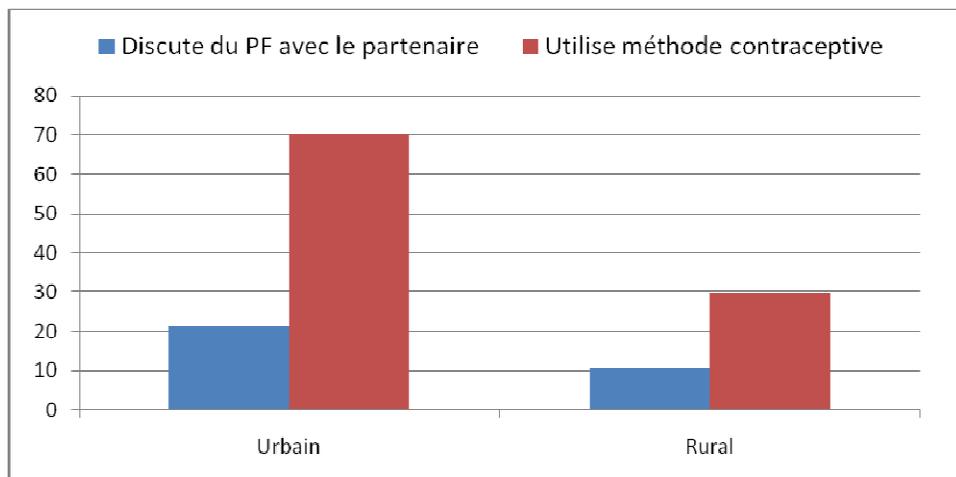
GRAPHIQUE 3 : LA DISCUSSION DE LA PF ET D'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES SELON L'ÂGE



GRAPHIQUE 4 : LA DISCUSSION DE LA PF ET D'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES SELON LE NIVEAU DE VIE



GRAPHIQUE 5 : LA DISCUSSION DE LA PF ET L'UTILISATION DES MC SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE



3.2. Synthèse des résultats de l'enquête CAP

Selon l'étude CAP menée dans la zone de l'étude, les hommes ont une assez bonne connaissance de la PF et notamment des méthodes contraceptives dont les plus connues sont la pilule (52%), les condoms (40,9%) et les injectables (19%).

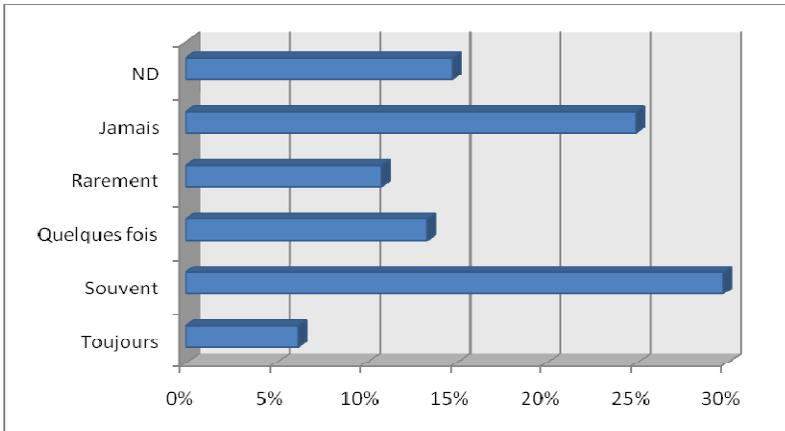
Du point de vue des pratiques, seulement 17,4% des femmes de l'ensemble des 4 zones sont sous contraceptifs au niveau des ménages. Cependant, 55,2% des hommes contre 25,2% accepteraient que leur épouse utilise une méthode contraceptive. Si 53,1% d'entre eux affirment n'avoir jamais accompagné leur épouse au centre de santé, 15,9% le font souvent et 11,5%, quelques fois. Les hommes qui n'accompagnent pas leurs épouses expliquent cette

attitude par divers arguments tels que : mon épouse n'a pas exprimé le besoin ; mon épouse se fait accompagner par d'autres femmes ; ma culture ne me permet guère ; ça ne relève pas de mon devoir en tant qu'homme ; ce n'est pas utile. Plus de la majorité (72,5%) des répondants affirment n'avoir jamais fréquenté les structures de PF pour eux-mêmes.

Du point de vue de la communication entre époux, il ressort que 30% contre 25% des hommes chefs de ménages discutent souvent avec leurs partenaires (graphique 6). Les sujets abordés sont aussi variés que l'encadrement et les charges des enfants, les difficultés des couples, la contraception et l'espacement des naissances, la grossesse, les rapports sexuels et la vaccination des enfants. Les sujets que les répondants évitent d'aborder sont la sexualité, l'avortement et l'adultère. Pour ceux qui ne discutent jamais avec leurs partenaires, les raisons évoquées trouvent leurs sources dans les coutumes, la religion, la honte, les préjugés néfastes sur les rapports entre les sexes et l'incompréhension de la partenaire.

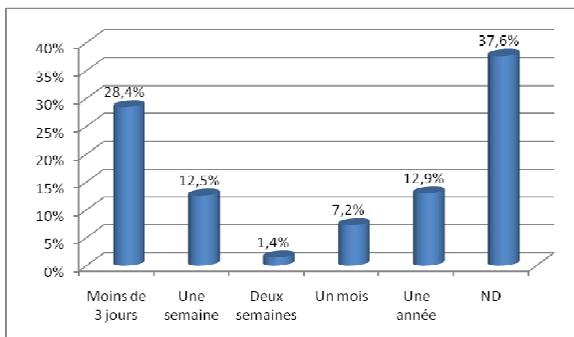
Les données du graphique 6 témoignent de l'existence d'un déficit de communication interpersonnelle dans les couples. Loin d'être lié à la nature des sujets évoqués plus haut, le déficit semble être tributaire des pesanteurs socio-culturelles qui déterminent, malheureusement, souvent, les perceptions, les attitudes et les comportements des hommes vis-à-vis des femmes.

GRAPHIQUE 6 : LE CYCLE DES DISCUSSIONS ENTRE LES HOMMES ET LEUR PARTENAIRE



Source : Ministère de la Santé, nov. 2006

GRAPHIQUE 7 : LA PÉRIODE DE LA DERNIÈRE DISCUSSION



Source : Ministère de la Santé, nov 2006

Parmi les facteurs limitant les actions bénéfiques des hommes en faveur de la SR on peut citer : la religion, la stérilité, les coutumes, le manque d'information, la pauvreté, l'analphabétisme, la faible couverture des besoins des hommes en SR, l'inadaptation des structures offrant les services de SR, l'absence d'une sensibilisation appropriée à l'endroit des hommes et leaders d'opinion, la mauvaise circulation de l'information et l'inexistence des structures d'accueil pour les hommes.

3.3. Les inégalités entre hommes en matière d'implication dans les activités de PF : une analyse explicative

Cette section vise à identifier les facteurs qui expliquent les différences observées dans la section 3.1 entre les hommes en matière d'implication dans les activités de PF. Il s'agit notamment de comparer les effets bruts et nets en fonction des modèles d'analyse. Pour toute variable explicative hypothétique, il est choisi une modalité de référence à laquelle les autres sont comparées.

Les résultats qui découlent de la régression logistique sont assez riches d'enseignements (tableau 1). Les hypothèses de départ sont vérifiées, à l'exception de celle liée à l'âge, notamment la relation entre les moins de 30 ans et les leurs aînés. En effet, la discussion sur la planification familiale avec le partenaire est liée au niveau d'instruction de l'homme : les hommes de niveau d'instruction primaire, secondaire et supérieur ont plus de chances de parler de la PF avec leur partenaire que ceux qui sont sans niveau d'instruction. Cette tendance se conserve même après le contrôle des toutes les variables explicatives. La même tendance s'observe avec le niveau de vie. À ce niveau, les hommes de niveau de vie plus élevé ont environ six fois plus de chances de discuter de la planification familiale avec leur partenaire que ceux du niveau de vie très faible. Il faut noter que le niveau de vie et le niveau d'instruction sont corrélés et qu'ils sont plus élevés en milieu urbain où les tabous traditionnels ne sont plus valorisés. Les Protestants et les hommes qui se déclarent « sans religion » ont plus de chances de discuter de la planification familiale avec leur partenaire que les catholiques qui ont presque les mêmes rapports de chances que les musulmans. Cependant ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Par contre, les hommes animistes et ceux qui sont « autre religion » semblent significativement plus fermés aux échanges sur la planification familiale avec leurs partenaires. Ces différences entre religion pourraient s'expliquer par la nature traditionnelle de la religion animiste dans la mesure où tout ce qui porte sur le sexe est généralement tabou. Il ressort aussi que les hommes de 30 à 44 ont plus de chances de discuter de la PF avec leur partenaire que ceux de moins de 30 ans. Il en est de même pour les hommes âgés de 45 à 59 ans.

L'hypothèse selon laquelle le milieu urbain prédispose les hommes à une plus grande probabilité d'utilisation des méthodes contraceptives est vérifiée dans la mesure où les hommes du milieu rural ont cinq fois moins de chances que ceux du milieu urbain d'utiliser les méthodes contraceptives. Cette grande disparité entre les deux milieux est en partie résorbée avec la prise en compte du niveau de vie dans le modèle final. Les moyens financiers interviennent très souvent dans la possibilité des hommes d'utiliser une méthode contraceptive donnée. Si certaines méthodes sont classiques et presque accessibles à tous, d'autres tendent à être l'affaire des plus nantis. Dans cette situation, ces derniers auront plus de chances (environ 6 fois plus) d'utiliser ces méthodes que les plus pauvres. Mais il reste que d'autres facteurs agiraient en même temps que le niveau de vie. Le contrôle de ces facteurs (que rend possible la régression logistique) permet de comprendre ici que, toutes choses égales par ailleurs, les hommes très riches n'ont plus que 2,5 fois plus de chances d'utiliser les méthodes contraceptives que ceux qui sont très pauvres. En matière d'utilisation des méthodes contraceptives, les musulmans et les protestants sont significativement différents des catholiques. Mais après l'intégration de toutes les variables explicatives, il apparaît que les

chances d'utilisation des méthodes contraceptives ne diffèrent pas fondamentalement selon l'appartenance religieuse des hommes. Tout comme dans le cas de la communication entre partenaires, les hommes âgés de plus de 30 ans semblent avoir plus de chance d'utiliser les méthodes contraceptives que ceux de 15 à 29 ans.

TABLEAU 1 : RAPPORTS DE CHANCES POUR LES HOMMES DE DISCUTER DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AVEC LEUR PARTENAIRE ET D'UTILISER LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Variables Explicatives	Rapports de chances par rapport à la modalité de référence			
	<i>Discussion sur la planification familiale</i>		Utilisation des méthodes contraceptives	
	Modèle Brut	Modèle final	Modèle Brut	Modèle final
Milieu de résidence				
Urbain	Réf	Réf	Réf	Réf
Rural	0,44***	0,50*	0,18 ***	0,34 ***
Niveau d'instruction				
Sans niveau	Réf	Réf	Réf	Réf
Primaire	1,36 ns	0,96 ns	1,53 **	1,17 ns
Secondaire	1,23 ns	0,89 ns	3,30 ***	1,63 *
Supérieur	3,07 ***	1,44 ns	9,53 ***	2,31 *
Niveau de vie				
Très pauvres	Réf	Réf	Réf	Réf
Pauvres	2,19 *	2,25 *	0,85 ns	0,74 ns
Moyens	2,33 **	2,00 ns	1,15 ns	1,67 **
Riches	5,73 ***	3,64 ***	1,34 ns	1,85 **
Très riches	4,90 ***	4,82 ***	5,92 ***	2,43 ***
Religion				
Catholique	Réf	Réf	Réf	Réf
Protestant	1,61 ns	2,04 ns	0,92 ns	0,73 ns
Musulman	0,97 ns	0,86 ns	0,56 ***	0,94 ns
Animiste	0,10 ***	0,18 **	0,59 **	1,08 ns
Sans Religion	1,79 ns	1,31 ns	1,46 ns	0,82 ns
Autres religion	0,00 ns	0,00 ns	0,00 ns	0,00 ns
Groupe d'âge				
15 à 29 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
30 à 44 ans	5,19 ***	5,68 ***	2,71***	3,38 ***
45 à 59 ans	2,67 ***	2,84 ***	1,21ns	1,72 **
Réf : modalité de référence				
Significativité : *** : au seuil de 1% ; ** : au seuil de 5% ; * : au seuil de 10% ; ns : non significatif.				

4. Discussion

L'un des objectifs de la communication est de mettre en évidence le rôle que jouent les hommes et les leaders d'opinion dans la transmission des systèmes de valeur et de pratiques culturelles au sein de la communauté et les effets que cela peut avoir sur les comportements démographiques.

Les rôles peuvent être compris comme l'ensemble des prérogatives (responsabilités/attributions) que devrait accomplir un individu pour remplir une mission donnée définie par la société. L'accomplissement d'un rôle traduit ainsi la concordance entre les devoirs, les valeurs et les perceptions de celui qui joue son rôle.

Conformément aux attentes des programmes de santé, les hommes et les leaders d'opinion en tant que bénéficiaires et acteurs doivent s'impliquer dans les diverses actions développées dans le domaine de la SR. Ainsi, on s'attend à ce qu'ils s'impliquent en partageant les informations, les connaissances, les expériences acquises et mêmes le pouvoir en vue d'aider à l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé. Ils sont donc interpellés à jouer ce rôle à tous les niveaux : dans leur ménage, dans le comité de santé et dans leur communauté. Les données de l'enquête CAP montrent que d'une manière générale, la participation des hommes et des leaders d'opinion dans les activités de la SR au niveau des ménages, des centres de santé et de la communauté est faible, voire nulle, malgré une assez bonne connaissance de la SR et de ses bienfaits pour toute la famille. La visibilité de cette participation semble plus apparente dans les ménages, centre d'intérêt de cette communication. Ce qui pourrait se justifier par le fait que dans les sociétés africaines, le Burkina n'est pas en reste, l'influence de la religion et le poids de la culture maintiennent encore la plupart des hommes dans une vision traditionnelle de leurs rôles dans le ménage. Les différents rôles reflètent souvent des rapports de production en jeu dans la société. Les rôles que les hommes ont toujours joués dans le cadre traditionnel au Burkina sont déterminés par la division du travail selon le sexe et l'âge. Aussi, l'homme est principalement vu comme le géniteur (producteur des êtres) et le producteur des moyens d'existence. Chef de famille, il est le pourvoyeur de ressources, le protecteur et le représentant légal de la famille devant la communauté. À ce titre, il détient le pouvoir de décision pour toute question concernant la famille, y compris les questions de reproduction en général et de santé de la reproduction en particulier.

Dans un contexte comme celui du Burkina Faso où la tradition occupe encore une place de choix, notamment dans les zones rurales et parmi les populations les plus pauvres et les moins instruites, qui constituent l'écrasante majorité de la population, le respect de l'autorité de l'homme en tant que chef de famille demeure encore la règle. Du point de vue de la SR, seul l'homme a le droit de prendre des décisions dans la famille, y compris de faire ou non des enfants³. Le faible statut de la femme (faible niveau d'instruction et de revenus, faible pouvoir de décision) contribue à renforcer ces inégalités. Aussi, il y a de fortes chances que la quasi-totalité des femmes subissent les désirs de leur partenaire en la matière. Même si la situation commence à changer avec l'amélioration de la scolarisation des enfants, et de celle des filles en particulier, il est probable que les tendances actuelles se poursuivront pendant encore des générations.

Cette situation aura des implications non négligeables sur la dynamique de la population⁴. Il a été établi que la persistance de la pauvreté et des inégalités entre groupes sociaux et entre

³ Les questions liées à la SR qui interpellent le plus les hommes à prendre des décisions sont les suivantes par ordre d'importance : fréquentation d'un centre de santé, recours à la contraception, décision sur le moment de la grossesse, recours aux activités d'EVF, lieu de l'accouchement.

⁴ Dans la mesure où les hommes ont le dernier mot sur la SR, où ces derniers désirent encore plus d'enfants que leurs partenaires et où les besoins non satisfaits en SR demeurent élevés, il est probable que les femmes continueront à

les sexes ont une grande influence sur les paramètres démographiques tels l'accroissement et la structure de la population, la répartition géographique (migration) et la dynamique de la population et vice versa. Une croissance rapide de la population (supérieure à 2% par an comme c'est le cas du Burkina), annihile les efforts de développement d'un pays qui a une fécondité élevée et par conséquent une population jeune, dans la mesure où les possibilités d'épargne et d'accumulation sont limitées⁵. En effet, bien que le volume et la jeunesse de la population soient un facteur susceptible d'aider au décollage économique et social (cf. miracle économique des pays d'Asie de l'Est), il faudrait réussir à le rentabiliser afin de pouvoir profiter du bonus démographique.

De ce qui précède, il s'avère indispensable de parvenir à une meilleure implication des hommes dans la SR, non seulement en tant acteurs, partenaires des femmes mais également en tant que bénéficiaires à part entière. Outre la prise en compte des besoins des hommes en matière de santé en général (prévention des maladies telles que l'hypertension, le diabète, la goutte) et de SR en particulier (prévention et prise en charge des IST, infertilité, virilité, etc.), il faudrait également s'attaquer aux facteurs environnementaux (l'analphabétisme, les préjugés, les coutumes, les religions, les moyens financiers), comportementaux (modes, manières ou habitudes de vie des prestataires ou des hommes en matière de SR) et organisationnels (qualité des services, approche et contenu des programmes de santé, etc.) qui influencent négativement les attitudes et les pratiques des hommes.

Une démarche holistique intégrant l'approche basée sur les droits et celle axée sur les résultats permettrait une meilleure analyse de la situation en mettant en évidence les principales causes de la faible implication des hommes dans la SR, les chaînes de résultats possibles, les droits et les devoirs de toutes les parties prenantes, les gap à combler pour parvenir aux résultats escomptés.

Une telle démarche, par essence participative, devrait être appliquée avec rigueur avec tout ce que cela comporte comme exigences en temps, en ressources techniques et financières afin de lui donner toutes les chances de succès et rompre définitivement avec les processus classiques de programmation couramment utilisés qui ont donné les résultats mitigés actuels.

5. Conclusion

Si la participation des hommes et des leaders d'opinion dans la santé de la reproduction semble de plus en plus nécessaire pour l'amélioration de la santé de la famille, il reste que leur implication reste tributaire des normes et des valeurs sociales, donc de la manière dont ils ont été socialisés. De cette étude, il ressort qu'au-delà des différences observées entre hommes de profils socioculturels et socio économiques différents, les comportements des hommes tirent leur source des rôles et responsabilités que leur attribuent la culture et de la tradition.

Ainsi, une meilleure implication des hommes et des leaders d'opinion dans la SR requière plusieurs actions de fond y compris de repenser les approches d'intervention afin de les rendre plus participative et inclusive prenant en compte les droits et les devoirs de toutes les parties prenantes. Cette démarche permettra non seulement d'améliorer la connaissance des perceptions des hommes et des leaders d'opinion de leurs rôles et responsabilités, des déterminants de leur faible participation mais également de mieux les associer à toutes les étapes de formulation et de gestion des programmes de santé de la reproduction.

avoir beaucoup d'enfants. Le faible accès au service de SR aura une influence non négligeable sur la morbidité et mortalité infantile et maternelle et par conséquent sur le bien-être de l'ensemble de la famille. La forte fécondité pourrait exacerber l'inadéquation entre la population et les ressources et par conséquent, la non accessibilité aux services et aux ressources et entraîner une augmentation des flux migratoires.

⁵ Les jeunes ont besoin d'être nourris, habillés, logés, soignés, éduqués et d'avoir accès à un emploi décent.

Les approches basées sur les droits et axée sur les résultats offrent un potentiel énorme pour l'amélioration de la participation des hommes dans les activités de SR tout en prenant en compte la culture qui représente l'un des facteurs déterminants des comportements.

BIBLIOGRAPHIE

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ et UNFPA, 2007, « Étude socio comportementale sur l'implication de l'homme et des leaders d'opinion dans les activités de Santé de la Reproduction dans les régions du Sahel, du Centre-Est, de l'Est et de la ville de Ouagadougou ». Consult Group International, Ouagadougou, Burkina Faso ; 144 pages.
- INSD et ORC MACRO, (2004), *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso*, Calverton, Maryland, USA : INSD et ORC Macro, 455p.
- DWYER J., JEZOWSKI T. (1995), Quality management for family Planning Services : Pratical experience from Africa. AVSC working Paper N°7, p.1-8.
- ANDRO A (2001), Coopération et conflits entre conjoints en matière de reproduction en Afrique de l'Ouest. Thèse de doctorat sous la direction de T. Locoh, Paris, Université de Paris X, Nanterre, 322p.
- MBODJI M (2002), Les attitudes masculines face à la sexualité et à la reproduction in *Vie et Santé*, 19 : 5-8.
- NGOM P. (2002), Men's unmet need for family planning : implication for african fertility transitions in *Studies in Family Planning* ; 28 : 192-202.
- GOVERNMENT OF GHANA, MINISTER OF HEALTH, 2006, « A Road Map For Repositioning Family Planning in Ghana 2006-2010 » Ghana Health Service ; Ghana Mai 2006. 52 pages.
- RICCIO R., SMITH N., WISEMAN M., et H. BOWEN, 1998, « Les hommes : Partenaires –clés de la Santé de la Reproduction : un rapport sur la Conférence des Pays Francophones en Afrique sur la participation des hommes à la Santé de la Reproduction du 30 mars au 03 avril 1998 à Ouagadougou, Burkina Faso ». Rapport préparé par Dr David Awasum, Dr Germain Traoré, Soulimane Baro, Sidiki Koné, Guy Kpakpo, Bryant Robey et Elizabeth Thomas. Centre pour les Programmes de communication de l'Université Johns Hopkins ; États-Unis 1998 ; 68 pages.
- GREEN C., CHOEN S. et H. BELHADJ-EL GHOUAYEL, 1995, « Male involvement in Reproductive Health, including Family Planning and Sexual health ». UNFPA, Technical services ; Technical report N°28, New York Novembre 1995, 104 pages.
- OKUNNU M., NYONG'O D. et P. NAOUSSI, 1996, « Pour le hommes : Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive » IPPF, Région Afrique ; Africa Link, Nairobi, Kenya avril 1996 ; 43 pages
- ALCALA M-J., 1995, « Engagements concernant la Santé et les Droits en matière de Sexualité et de Reproduction pour tous Plan d'action » Family Care International, New York 1995, 67 pages.
- RICCIO R., SAMSON K., et H. BOWEN, 1997, « Atteindre les homes dans le monde entier : Leçons apprises des projets de planification familiale et de communication, 1986-1996 » Centre pour les Programmes de communication de l'Université Johns Hopkins ; Document de travail N° 3, États-Unis janvier 1997 ; 50 pages.
- OUEDRAOGO H., 1997, « Étude de la participation des hommes dans l'exécution du programme de planification familiale dans le district sanitaire de Kombissiri, Province du Bazega » ;

École Nationale de Santé Publique, Centre de Formation en Développement Socio Sanitaire, Section d'études supérieures en soins infirmiers et obstétricaux ; Mémoire de fin d'étude, année académique 1996-1997 Ouagadougou, Burkina Faso ; 111 pages.

ANNEXES

Annexe 1 : Rôles des hommes, chefs de ménage et leaders d'opinion dans les activités de la SR

Modalités	Réponses	
1. Hommes, chefs de ménage		
	Hommes et leaders d'opinion	Personnel de santé
Au sein du couple	Acheter les produits de contraception Trouver les moyens financiers Conseiller Prendre les décisions Encourager Autoriser la participation aux activités Donner les informations nécessaires	Grande influence sur l'épouse Supporte les charges de la famille Détient le pouvoir de décision Encourager le couple
Au sein de la famille	Conseiller Eduquer les enfants Prendre les décisions qui s'imposent Sensibiliser Organiser Accorder les autorisations Guider les membres de la famille	Sensibiliser les autres membres de la famille Mieux éduquer les enfants Conseiller
Au sein de la communauté	Mobiliser la population Sensibiliser les gens Participer aux activités pour donner l'exemple à suivre Apporter son soutien Participer à la recherche de moyens financiers Passer l'information	Mobilisation Sensibilisation Organisation
2. Leaders d'opinion		
Au sein de la communauté	Faciliter la mobilisation des populations Convoquer les rassemblements Organisateur User de leur influence pour mobiliser la population Sensibiliser la population Passer l'information Coordonner les activités Apporter un appui à l'organisation des activités	Mobilisation sociale Relais de l'information Sensibilisation Organisateur

Source : Ministère de la Santé, nov. 2006

Annexe 2 : Réactions des hommes face à la proposition du condom par leur partenaire

Localité d'enquête	Réactions	
	Positives	Négatives
Tenkodogo		
	J'accepte	C'est mal vu
	Aucun inconvénient	Ça me gêne
	Je suis indifférent	Je réagis négativement
	Je réagis positivement	
	Je l'utilise déjà	
Bogandé		
	C'est bien	C'est mal vu
	C'est positif	Je ne suis pas intéressé
	Ne sais pas	C'est négatif
	Je suis indifférent	Je refuse
Fada N'Gourma		
	J'accepte	Je refuse
	C'est positif	C'est mal vu
	Aucun inconvénient	Ça me gênerait
	Ça ne me dérange pas	Je ne suis pas intéressé
	Je l'utilise déjà	
Ouagadougou		
	C'est bien	C'est négatif
	J'accepte	C'est mal vu
	Je suis indifférent	
	Je ne sais pas	
Dori		
	J'accepte	Je refuse
	C'est bien	C'est négatif
	Je suis indifférent	Je ne suis pas du tout intéressé
		C'est mal vu
Djibo		
	C'est bien	C'est mal vu
	J'accepte	C'est négatif
	Je ne sais pas	Ça me gêne
	Je l'utilise déjà	

Source : Ministère de la Santé, nov. 2006

