COMMUNICATION ET PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

Aïcha Tamboura-Diawara
Université Joseph Ki Zerbo, IPERMIC, Ouagadougou
aicheydiawara@gmail.com

Résume

La maîtrise de la fécondité par les couples est souhaitable et l'Information, l'Education et la Communication (IEC) peuvent y contribuer. Pourtant, le taux d'utilisation des contraceptifs est de 8,32% en 1995. L'objectif de la recherche est d'analyser les actions de communication de la Directions de la Santé et de la Famille en vue de contribuer à l'adoption de la planification familiale.
L'approche méthodologique a consisté à faire une revue documentaire et réaliser durant six mois, une enquête dans les centres de santé maternelle et infantile (CSMI), les cliniques et les domiciles de la ville de Ouagadougou à travers des observations participantes et un sondage d'opinion. Les résultats obtenus soulignent : l'insuffisance d'information de la population sur la PF, la mauvaise qualité de l'accueil dans les CSMI et la diffusion d'informations incorrectes par les agents de santé, ainsi que le poids des rumeurs sur les contraceptifs, pouvant être un motif d'abandon.
***Mots-clés** : planification familiale, IEC, CSMI, counseling, rumeur.*

Abstract

Controlling fertility by couples is desirable and Information, Education and Communication (IEC) can contribute to this. However, the contraceptive prevalence rate was 8.32% in 1995. The aim of the research is to analyse the communication actions of the Health and Family Department with a view to contributing to the adoption of family planning.
The methodological approach consisted of a literature review and a six-month survey in maternal and child health centres (CSMI), clinics and homes in the city of Ouagadougou, using participant observation and an opinion poll. The results highlight the lack of information available to the population about family planning, the poor quality of reception in the CSMIs and the dissemination of incorrect information by health workers, as well as the

weight of rumours about contraceptives, which may be a reason for people to abandon them.
Key words: *family planning, IEC, CSMI, counselling, rumour.*

Introduction

La pratique de la planification familiale (PF) reste assez limitée au Burkina Faso. Selon la Direction de la Santé et de la Famille (1993-1998, p. 19), “le taux de prévalence contraceptive (méthode moderne) estimé à 9,37% en 1993, est passé à 7, 93 en 1994, à 8, 32% en 1995 dans un pays qui compte plus de neuf millions d’habitants”. Cependant, des progrès considérables ont été réalisés depuis l’intégration en 1985 de la PF dans le programme de Santé Maternelle et Infantile (SMI) du pays avec l’appui des partenaires techniques et financiers tels que l’USAID, le FNUAP, la Banque Mondiale et la GIZ. Ce qui a permis la création d’une infrastructure pour la formation du personnel de santé, la réalisation d’activités de sensibilisation des publiques cibles et de l’approvisionnement en produits contraceptifs. Aussi, “le nombre de points de service est passé de vingt-cinq en 1985 à plus de soixante en 1991”, Ministère de la Santé (1992, p. 7). Ces réalisations représentent cependant une percée minuscule à la lumière des données démographiques du pays. Selon l’INSD (1985, p. 12), “le recensement de la population en 1985, le taux de naissance brut est d’environ 50/1000 ; plus de 18 % a moins de cinq ans et 48,3 % a moins de quinze ans”, au rythme actuel de sa croissance, la population du pays doublera d'ici à vingt-cinq ans. C’est dans ce contexte que l’USAID a signé en 1990, une nouvelle coopération bilatérale de six ans avec le gouvernement du Burkina Faso pour la réalisation d’un ensemble d’activités intégrées qui permettra d’offrir les services requis pour améliorer la survie de l’enfant et la santé maternelle. Le projet comprend un volet important sur la PF doté d’un service d’information, d’éducation et de

communication (IEC). Ceci explique donc la campagne multimédia organisée par la Direction de la Santé et de la Famille (DSF), qui a débuté à Ouagadougou le 30 avril 1994 jusqu'en février 1995.
Pour cela, le Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille, en collaboration avec l'USAID et le Population Council a initié en septembre 1992 à Ouagadougou dans cinq Centre de Santé Maternelle et Infantile (CSMI), une étude de pré-introduction d'un nouveau contraceptif sous-cutané implant, le Norplant. Les résultats attendus devaient être échelonnés sur une année. Pourtant, le recrutement des deux cents femmes volontaires pour les deux cents premiers Norplants s'est fait très rapidement, en un an ; paradoxalement, cela n'a pas influé sur la prévalence contraceptive. Par ailleurs, "la province du Kadiogo qui a été la première bénéficiaire de la campagne multimédia enregistre également une baisse de 26 % en 1993 à 18 % en 1994", Direction de la Santé et de la Famille (1993-1998, p. 19).

I. Objet de la recherche

Face à ces chiffres alarmants, une question principale de recherche se pose à nous : les actions de communication de la Direction de la Santé et de la Famille contribuent-elles à l'adoption de la PF ? De cette question principale, découle trois questions secondaires : (i) Quel est le dispositif de communication utilisé par la Direction de la Santé et de la Famille pour l'adoption de la PF ? (ii) Les outils de communication ainsi que les messages véhiculés sont-ils pertinents ? (iii) Quel est l'impact de la campagne multimédia dans le choix des sources d'information ?
La problématique de la recherche est abordée à travers le concept de la communication pour la santé qui coexistence avec plusieurs approches, comme l'écrit l'OMS (1975, p. 8) :

“la communication pour la santé est une discipline spécialisée qui a fait son apparition dans les années 70. Elle vise à influencer positivement les pratiques sanitaires au sein des groupes de population grâce aux principes et méthodes de la communication de masse, du marketing social et de l’analyse comportementale”, OMS (1975, p. 8).

Par ailleurs, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui s’est déroulée à Alma Ata au Kazakhstan en 1978 a été décisive pour la problématique “communication et santé” ; “La déclaration d’Alma Ata a désigné l’information et l’éducation à la santé comme les premières parmi les huit priorités en matière de soins de santé primaires” OMS (1978, p. 17). De plus, en 1986, dans la Charte d’Ottawa sur la promotion de la santé, l’OMS (1986, p. 4) affirmait “ l’importance des communications comme une des cinq stratégies complémentaires et essentielles permettant de confier aux collectivités et aux individus le soin d’améliorer leur propre santé ”. Ainsi, depuis les années 80, beaucoup de pays dont le Burkina Faso se sont inscrits dans un processus actif d’utilisation des communications dans le domaine de la santé publique.

La communication pour la santé publique cherche avant tout à susciter des changements dans les pratiques sanitaires et partant, d’influencer l’état de santé. Pour ce faire, il est primordial d’augmenter la demande de produits et services essentiels pour améliorer le bien-être physique et moral des familles. Il faut également veiller à ce qu’une fois les produits achetés, les consommateurs les utilisent de manière sûre et efficace. Les principes de la demande et de l’utilisation correctes sont fondamentaux si l’on veut que l’activité pour la PF soit une réussite. Créer une demande des services de PF signifie d’abord, faire connaître à la population l’existence de nouveaux services disponibles ou que de nouvelles pratiques peuvent leur être bénéfiques. Cela suppose que les consommateurs doivent

connaître les avantages du nouveau produit ou pratique par rapport aux produits qui leur sont familiers. Ils doivent être assurés que le produit est facile d'accès, simple à utiliser et qu'il va répondre à des besoins qu'ils estiment important. Enfin, ils doivent reconnaître que la nouvelle pratique favoriserait une amélioration de leur vie. De telles actions collectives créent un champ de possibilités et d'obstacles pour le planificateur de la communication qui utilise les concepts et techniques empruntés au marketing et à l'analyse comportementale.

L'approche de communication la plus usitée par le planificateur dans le domaine de la PF est l'Information, Éducation, Communication (IEC). Selon S. Illana Cohen (1993, p.5-10), " elle a été élaboré dam les années 60 par les planificateurs de la santé en matière de reproduction et de la PF. Elle recouvre toutes les activités de communication destinées à créer une demande qui s'adresse tant aux prestataires de services qu'aux utilisateurs des services de PF". Le premier objectif des stratégies d'IEC consiste à rapprocher les niveaux relativement élevés de « connaissances » de la PF et les niveaux comparativement faibles d'utilisation des services existants. Cet objectif doit être réalisé en combinant des activités d'information et d'éducation (basées sur l'apport de connaissances) et de communication (fondées sur la motivation) ayant pour objet commun d'entraîner des changements de comportement. C'est dans le but de répondre à ces interrogations que l'objectif principal est d'analyser les actions de communication de la Direction de la Santé et de la Famille (DSF) en vue de contribuer à l'adoption de la planification familiale.

De façon spécifique, il s'agit de : - faire l'état des lieux de la démarche, des outils et canaux de communication utilisés par la Direction de la Santé et de la Famille ; - appréhender la pertinence des outils et messages de sensibilisation ; - évaluer l'impact de la campagne multimédia dans le choix des sources

d'information ; - formuler des suggestions pour améliorer le dispositif de communication de la DSF ; - proposer des stratégies de communication pertinentes en vue de modifier les approches en matière d'éducation pour la réalisation de l'objectif de la politique de population.

Cette thèse est construite selon une série d'hypothèses dont la principale atteste que les stratégies et approches de communication en matière de PF de la DSF sont inadéquates car ne prenant pas en compte le contexte socioculturel, la segmentation du public, l'approche et du contenu du message à livrer.

Les hypothèses secondaires sont :

1- La DSF a utilisé une stratégie, une démarche, des canaux et outils de communication qui n'ont pas pu booster le taux d'utilisation des méthodes contraceptives ;
2- Les messages utilisés lors de la campagne multimédia n'ont pas favorisé le changement de comportement escompté ;
3- Les actions de la campagne multimédia n'ont pas favorisé l'augmentation du taux d'adoption de la PF.

Cette recherche orientée sur la contribution de la communication dans l'adoption de la PF trouve son sens dans l'intérêt que nous accordons au domaine du droit de la femme à choisir le moment de procréer et d'avoir le nombre d'enfants souhaités. En tant que militante engagée dans la promotion et la défense des droits humains, notre vision concorde avec cette question d'amener les femmes à adopter la PF pour contrôler les naissances et éviter la morbidité et la mortalité maternelles et néo natale. Toutefois, nos observations sur la réalisation des actions de communication en matière de PF nous amènent à faire le constat d'une insuffisance de pertinence dans les stratégies et approches de communication utilisée en matière de PF. La présente recherche est donc une occasion pour nous de mieux percevoir la contribution de la

communication dans le changement de comportement pour l'adoption de la PF.
Sur le plan académique, cette recherche vient renforcer les recherches antérieures axées sur la contribution de la communication dans le changement de perception et de comportement en matière de PF. S'inscrivant dans le champ des sciences de l'Information et de la Communication, cette recherche nous permettra d'évaluer l'utilisation de l'approche Information, Education, Communication comme un outil d'aide à la décision d'adopter ou non la PF. Elle se veut également un guide en matière d'utilisation de la communication pour l'adoption de la PF.
Cette recherche est d'une portée sociale dans la mesure où l'adoption de la PF engage la cellule familiale (conjoints, beaux-parents) et même des personnes ressources de la communauté (leaders religieux, guérisseurs traditionnels). La procréation non contrôlée peut-être source de plusieurs problèmes de santé pour la mère et le bébé. La présente recherche va permettre au Ministère de la Santé de mieux orienter l'accompagnement des programmes et projets en termes de communication pour favoriser la réduction de la morbidité et de la mortalité féminines et néonatales.

2. Méthodologie

D'une façon générale, la démarche adoptée a été la suivante :

2.1 Recherche documentaire

Une revue documentaire a été réalisée sur le sujet à travers l'exploitation des documents de base du Ministère de la Santé, de la DSF, des organisations partenaires, des ouvrages et revues. Cette revue a été couplée de l'exploitation des fiches de consultation de toutes les femmes ayant fréquenté les CSMI de

1985 à 1994 (20.942 fiches) afin de répertorier les sources d'information en matière de PF.

2.2 Collecte des données

Le faible taux de la prévalence contraceptive peut être apprécié soit par l'approche qualitative en faisant des observations et entretiens sur le terrain, soit par l'approche quantitative par l'interprétation des indicateurs. Les deux approches ont été utilisées simultanément, car elles sont complémentaires.

La collecte de données a été réalisée durant six mois dans la ville de Ouagadougou. Elle a permis de collecter des données primaires relatives au sujet de l'étude. L'enquête qualitative a concerné six CSMI (CNSS, Samandin, Gounghin, Kossodo, Dispensaire Urbain, Saint Camille) deux cliniques (ABBEF et ABSF) et des visites à domicile. Pour ce faire, des observations participantes, des entretiens individuels semi-structurés et de focus groupes ont été effectués au moyen de fiches et de guides d'entretien adaptés à chaque type de répondants en vue d'identifier les principales sources d'information en matière de PF.

Le choix des sites de la recherche qualitative trouve son fondement dans les caractéristiques variées des centres de prestations qui se différencient par leur situation géographique, leur genre et leur appartenance institutionnelle (public/privé). Il s'agira de dégager les différentes sources d'information selon l'âge, la profession, le niveau d'études et le nombre d'enfants.

L'enquête quantitative a été réalisée à travers un questionnaire dans quinze secteurs de la ville de Ouagadougou afin de mesurer l'impact de la campagne de sensibilisation sur la PF dans le choix des sources d'information usitées. L'échantillonnage cible de l'enquête quantitative est de 704 personnes, dont 305 hommes et 399 femmes. L'échantillon est stratifié, pondéré et représentatif de la ville de Ouagadougou. Elle a été sélectionnée en fonction des secteurs d'intervention des quinze animateurs

travaillant dans les deux cliniques. Pour éviter les déperditions, ce sont 750 questionnaires qui ont été administrés.

3. Résultats

Les résultats obtenus sont issus de l'analyse des fiches de consultation, des séances de sensibilisation dans les formations sanitaires et les visites à domicile ainsi que du sondage d'opinion.

3.1. L'analyse des fiches de consultations

L'analyse des fiches de consultation dans six CSMI et deux cliniques révèle qu'environ 18.704 femmes ont consulté six formatons sanitaires et deux cliniques de 1985 à 1994. Ces femmes sont très jeunes en général : 57,8 % ont un âge compris entre 21 et 30 ans ; 88,5 % ont au moins un enfant avec 42,9 % n'ayant fait aucune étude. Le pourcentage cumulé des niveaux primaire et secondaire donne une moyenne de 57,1 % de niveau primaire. La majeure partie d'entre elles sont des "ménagères" (55,7 %), suivies des "sans profession" (13 %) et des "commerçantes" (9,3 %).

Quelle que soit les caractéristiques sociologiques considérées, les sources d'information en matière de PF citées sont : agents de santé (392 %) ; rumeurs (34,7 %), médias (23,1 %). Ces trois sources ont été citées par les femmes âgées de 21 à 30 ans. Il apparaît donc que ces femmes reçoivent le maximum de leurs informations et/ou renseignements sur la PF, les contraceptifs, etc. lors des causeries dans les formations sanitaires au moment des séances de consultation, de counseling et aussi des visites à domicile effectuées par les animateurs.

Quelle que soit les caractéristiques sociologiques considérées, les sources d'information en matière de PF citées sont : agents de santé (392 %) ; rumeurs (34,7 %), médias (23,1 %). Ces trois sources ont été citées par les femmes âgées de 21 à 30 ans. Il

apparaît donc que ces femmes reçoivent le maximum de leurs informations et/ou renseignements sur la PF, les contraceptifs, etc. lors des causeries dans les formations sanitaires au moment des séances de consultation, de counseling et aussi des visites à domicile effectuées par les animateurs.

La “ rumeur ” citée comme deuxième source d’information vient remettre en cause tout ce qui est fait en matière de sensibilisation sur la PF. En effet, la rumeur étant une source anonyme d’information est généralement à connotation négative, il est donc difficile de la classer comme une source fiable et officielle parmi les autres.

Quant aux “médias”, leurs choix se justifient, car les jeunes femmes qui ont un niveau primaire élevé (56,3 %) savent lire et écrire et prennent connaissance des messages de PF en Français surtout à la radio, la télévision. Les sources d’information sur la PF dépendent aussi des périodes de consultation des femmes dans les formations sanitaires. En effet, la période 1984-1989 correspond à la routine quotidienne tandis que celle de 1990-1994 connaît de grands changements marqués par la campagne multimédia et l’utilisation des médias pour sensibiliser sur la PF travers les spots les films, les jeux. Le théâtre- forum a également été utilisé pour faire connaître la PF et ses services connexes.

La période de la campagne a également fait tripler le nombre de femmes (passant de 3126 à 9474 à femmes) ayant fréquenté les formations sanitaires et adopté le norplant.

Ainsi, la période 1984-1989 est marquée par la prédominance de la “rumeur”, car il n’existait pas à la DSF de service IEC chargé d'élaborer les stratégies de sensibilisation en matière de PF. Par conséquent, la population n'avait les informations que par les rumeurs. En 1990-1994, les "agents de santé" sont cités comme étant la principale source d'information, remplaçant du coup la “rumeur”. La campagne de sensibilisation a donc eu un effet, car elle a pu faire augmenter le taux de fréquentation des formations

sanitaires. Paradoxalement, les médias qui ont sous-tendu cette campagne n'ont pas été cités en première position. Est-ce à dire que la stratégie utilisée n'a pas produit l'effet escompté ? Pourtant, la campagne de sensibilisation a permis de : améliorer le niveau de connaissance de la population en matière de PF ; faire connaître les centres de prestation de services de PF et les différents types de contraceptifs disponibles ; mais elle n'a pas pu influer positivement sur la prévalence contraceptive qui était l'objectif recherché. Aussi, nous concluons que le choix des médias n'était pas suffisant et qu'il fallait les coupler avec d'autres canaux tels que les "agents de santé", les " animateurs" et autres.

3.2.L'analyse des séances de sensibilisation dans les formations sanitaires et les domiciles

Plusieurs mois d'observation des séances de sensibilisation dans les huit formations sanitaires ont permis de diagnostiquer les faiblesses dans le domaine de la communication et du suivi des prestations. Ces faiblesses pourraient justifier les raisons du nombre élevé de "perdues de vue"[1] (65 %), qui est supérieur à celui des utilisatrices régulières de la contraception :

- le taux du non-respect des rendez-vous pour les contrôles de routine était élevé ;
- les prestataires de services ne donnent pas toutes les informations sur les indications et les contre-indications;
- Le temps alloué à la consultation demeure insuffisant ;
- Les ruptures de certains types de contraceptifs (pilule, stérilet, injectable) se classent parmi les causes majeures de l'interruption de la pratique de la PF ;

[1] Ce sont les femmes qui prennent les méthodes contraceptives pour la 1ère fois et ne reviennent plus au centre de santé ni pour les contrôles, ni pour le renouvellement.

- Le non-respect du choix de la cliente, l'une des causes de la non-continuité et/ou d'abandon de la PF :
- Le poids des rumeurs négatives sur l'acceptation d'une méthode contraceptive ;
- Certains prestataires ne sont pas assez outillés pour aider une cliente à choisir une

Méthode contraceptive.

- Les principales sources citées par les femmes lors de ces séances sont les "agents de santé" et les " animateurs" car elles fréquentent régulièrement les formations sanitaires.

Les visites à domicile ont permis d'identifier les faiblesses suivantes :

- l'existence de rumeurs sur la pilule et le stérilet dans tous les quinze secteurs visités de la ville ; leur volume est plus élevé selon que l'on se situe dans un secteur péri-urbain, mais aussi dans un secteur urbain populeux ;
- les animateurs ne sont pas suffisamment outillés pour neutraliser les rumeurs ;
- les hommes ne constituent pas un public cible pour les animateurs ;
- les grands absents des visites à domicile sont les jeunes (filles et garçons).

Les principales sources citées par les femmes lors de ces visites sont les "médias" et les " animateurs".

3.3. Campagne multimédia et sources d'information

L'enquête réalisée dans quinze secteurs de la ville de Ouagadougou constitue une porte d'entrée pour mesurer l'impact de la campagne multimédia sur le choix des principales sources d'information en matière de PF. 704 personnes dont 309 hommes et 399 femmes ont été enquêtées. Au regard de leur état matrimonial, 49,9 % sont célibataires contre 38,9 % qui sont mariées et 11,4 % vivent en concubinage. Dans cet échantillon,

les “élèves” sont les plus nombreux (28,7 %), suivis des “ménagères”, (19,6 %) et des “ sans-emploi ” (10,8 %).
En faisant une corrélation avec les variables telles que l’âge, l’état matrimonial et la profession, les principales sources d’information citées sont : les « médias » (78 %) et les “agents de santé” (12,3 %). Les médias se retrouvent au premier rang, car ce sont les moyens de sensibilisation sur la PF qui ont été beaucoup utilisés durant la campagne multimédia qui a permis de relever le niveau de connaissance de la population en matière de PF. Il s’agit essentiellement de la radio, la télévision et des affiches.
76,5 % de la population enquêtée ont un niveau d’études dont 51,6 % pour le niveau secondaire. Les sources d’information en PF citées par ces personnes sont par ordre d’importance : “agent de santé” ; “parent” ; “causerie” ; “animateur” et “ami”. La position de “l'agent de santé” comme première source s’explique par le fait que la majorité de ces enquêtés fréquentent les formations sanitaires où elles sont informées et aidées dans la prise de décision d’une méthode. La “causerie” et “l’animateur” viennent en deuxième position et vont de pair, car c’est l’animateur qui anime les séances en livrant le maximum d’information sur la PF, les avantages et inconvénients des méthodes contraceptives et favorise les échanges avec les auditeurs en vue de répondre à leurs préoccupations, craintes et inquiétudes par rapport au concept, aux produits pour opérer le changement de comportement attendu.
La notification de “parents” et “amis ” se justifie par le fait qu’en matière d’information, on peut les classer comme des sources primaires qui favorisent l'échange de pensées, de connaissances, de concepts, d'idées et d'expériences d’un parent ou ami sur la PF.

4. Discussions

Le rôle capital de la PF dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile a été mis en évidence lors de plusieurs études et rencontres internationales, notamment lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue en septembre 1994 au Caire.

Notre recherche montre que l'adoption d'une méthode contraceptive n'est pas une priorité des populations mais "des pouvoirs publics qui veulent réduire la croissance de leur population et des problèmes qui lui sont liés et considérés comme un frein au développement socio-économique des pays en développement" A. F. Tankoano (1989. p. 52). Pour ce faire, des programmes de PF sont élaborés au Burkina Faso et exécutés avec l'introduction de méthodes contraceptives comme ce fut le cas également dans d'autres pays africains tels que le Mali, le Niger, Le Nigéria, le Kenya, etc.

- ✓ *Des obstacles rendant la pratique de la PF difficile*

Malgré les progrès réalisés sur la voie de la réduction de la fécondité, il existe toujours des obstacles qui constituent un frein à l'effectivité totale de sa pratique. Aussi, l'intervention doit être intensifiée pour lever ces obstacles qui empêchent les femmes d'exercer le droit qui leur appartient d'avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent, au moment où elles les désirent et, à cette fin, de recourir volontairement à une planification familiale sans risque.

Au Burkina Faso, les obstacles socioculturels (refus du conjoint, opposition des leaders religieux), d'accessibilité géographique, financier, informationnel et de disponibilité des méthodes contraceptives sont des freins importants de la pratique de la PF. Selon Africa Link (1988, pp 15-16), " ces mêmes obstacles existent également au Bénin, Mali, Niger et République Démocratique du Congo, où des groupes religieux refusent

l'usage de la contraception. Pour minimiser ces obstacles, il importe de s'attaquer à ces obstacles".

L'opposition à la pratique, émanant du conjoint ou du partenaire surtout est toujours d'actualité. Selon A. Bankole et S. Singh, (1998, p.5) "l'approbation masculine de la planification familiale est indispensable à la hausse de la prévalence contraceptive". Alors que beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne comme le Burkina Faso conservent une culture nataliste où les hommes accordent souvent de l'importance aux familles nombreuses. En dépit des campagnes visant à encourager l'implication des hommes dans la planification familiale, un plus grand effort de promotion de la discussion et de la pratique contraceptive est nécessaire parmi les hommes et les couples.

Selon l'INSD (1985, p.42), "les problèmes d'accès géographique et financier font toujours obstacle à la pratique contraceptive de près d'une femme sur 10 dans les milieux ruraux et dans les ménages plus démunis, souvent établis en milieu rural aussi". Il convient d'améliorer l'accès pour les femmes rurales et plus démunies en particulier, en rapprochant les formations sanitaires des villages et en réduisant le coût des contraceptifs afin que toutes les femmes puissent éviter les grossesses qu'elles ne désirent pas.

- ✓ *La disponibilité et la qualité des services contraceptifs.*

La décision de pratiquer une méthode particulière dépend des circonstances et des préférences de la femme, qui peuvent varier dans le temps. Cependant, selon la DSF (1991, p.4), "malgré la grande variété de méthodes disponibles dans le pays, les ruptures de stocks, pour cause de prévisions insuffisante des besoins contraceptifs et retards de livraison, ne sont pas rares". Tous les CSMI et toutes les pharmacies ne sont par ailleurs pas aptes à dispenser tous les types de méthodes et l'offre limitée est particulièrement fréquente dans les milieux ruraux en

particulier. Les femmes désireuses de contraception devraient bénéficier d'un large éventail de choix, qui leur permette d'identifier la méthode la mieux adaptée à leurs circonstances et à leurs besoins.

La qualité des services contraceptifs se mesure ici à travers la consultation et le counseling qui débutent par l'accueil, geste déterminant dans la conduite à adopter par la suite. Lors des consultations sur la contraception, les femmes doivent être pleinement informées des différents types de contraceptifs disponibles et des avantages, inconvénients et taux d'échec de chaque méthode et les effets secondaires potentiels et, le cas échéant, sur la façon de les gérer, ainsi que de leur donner l'occasion, au besoin, de changer de méthode. Pour pallier ce déficit, il convient d'organiser des sessions de recyclage des agents de santé et d'utiliser les agents de santé communautaires ainsi que les animateurs pour sensibiliser les femmes sur les méthodes contraceptives avant leur arrivée dans les formations sanitaires.

- ✓ *Répandre la connaissance de la planification familiale*

La grande majorité des enquêtés (87 %) ont entendu parler des méthodes de contraception modernes, mais elles ne disposent pas toutes d'une information correcte et complète et, parmi celles qui présentent un besoin non satisfait, certaines ne savent rien de la contraception. Il existe donc un besoin de sensibilisation accrue à la PF et de garanties que toutes les femmes disposent d'une information complète sur toutes les méthodes contraceptives disponibles et sur l'endroit où se les procurer. Selon CF. Westoff et Bankole A. (1997, p. 12), "les médias offrent une stratégie efficace de transmission d'informations sur la planification familiale à une grande proportion de la population". Étant donné que les segments ruraux et pauvres de la population ne bénéficient pas nécessairement d'un accès régulier aux médias, des stratégies

basées sur la communication traditionnelle seraient utiles. Mais, l'information doit être adaptée en conséquence, car les besoins varient souvent d'un sous-groupe à l'autre. Le recours à la stratégie des pairs éducateurs peut être utile à cet égard.

Le problème d'information en matière de contraception moderne surtout d'utilisation de méthodes contraceptives semble général en Afrique sub-saharienne. Des chercheurs comme A. Noumbissi et J.P. Sanderson (1997, p.6) ont montré "qu'environ 80 % des couples mariés avaient entendu parler de certains types de contraceptifs modernes mais seul 10 % d'entre eux avait utilisé une méthode". Ce qui a permis à d'autres chercheurs de conclure que "l'emploi des contraceptifs par les femmes mariées en âge de procréer atteint plus de 15 % dans deux pays d'Afrique seulement", A. F. Tankoano (1989, p. 53).

La contraception moderne, comme l'a souligné Kathy et al (1986, p. 3) " n'est presque pas connue dans le milieu rural, car l'ignorance de certains pays d'Afrique en matière de planification familiale est encore beaucoup accentuée ". Le faible taux d'utilisateurs de la contraception comme au Burkina Faso, 18 % se retrouve dans d'autres pays africains : au Kenya " moins d'un tiers des femmes ont utilisé une méthode de contraception ", D. Maine, Mc. Namara R., et al., (1985, p. 14) ; au Bénin "seuls 19 % des femmes utilisent la contraception moderne", Alan Guttmacher Institute (1984, p. 32). Cependant, la plupart des recherches en connaissance, aptitude et pratiques de la PF ont révélé une discordance entre le pourcentage de la population sensibilisée et le pourcentage de celle qui utilise une méthode contraceptive.

Nos résultats rejoignent ceux d'une étude menée pat H. Koné (1993, p.71) qui " recommande l'adoption de l'information aux besoins de la population ainsi que la communication spontanée en vue de favoriser la pratique de la planification familiale pour le bien-être de la population ".

Conclusion

Les principaux résultats de la recherche indiquent que d'une manière générale, la population – sexe, âge, niveau d'études et classes socio- professionnelles confondues – est soit en manque d'informations sur la PF, soient submergées par des informations erronées. De plus, la population a manifesté un intérêt accru pour le sujet sur la sexualité et certains agents de santé contribuent à faire baisser la courbe de la prévalence contraceptive par la diffusion d'informations incorrectes, ambiguës et par un accueil désagréable. Nous avons pu constater que la stratégie de communication utilisée est inadéquate et ne tient compte ni du contexte socioculturel, ni de la segmentation du public, de l'approche et du contenu du message à livrer. De plus, au niveau des agents de santé, la qualité de l'accueil et des prestations de services sont encore médiocres et contribuent à faire baisser la prévalence contraceptive. Or, les femmes qui ont la possibilité de connaître les effets secondaires des contraceptifs et de prendre connaissance d'autres méthodes à l'occasion d'une séance de consultation ont plus de chances de continuer à pratiquer la PF.

Dans le même sens, les principales sources d'information et de communication en matière de PF répertoriées par ordre d'importance sont les « médias », les « agents de santé », les « animateurs » ; les « parents » et les « amis ». Au-delà de la communication de masse, les programmes de PF doivent également accorder une importance à la communication interpersonnelle. D'où l'importance des animateurs qui jouent le rôle d'interface entre la population et les formations sanitaires. Par conséquent, le profil de ces animateurs doit être révisé et ils doivent bénéficier d'un recyclage périodique.

Les médias ont fait augmenter les connaissances lors de la campagne de sensibilisation, et l'exposition au message de PF a été le plus déterminant de la connaissance de la contraception,

plus encore que le niveau d'éducation et le lieu de résidence. Mais, cela n'a pas entraîné l'effet escompté, car la prévalence contraceptive a baissé.

Nous sommes conscients que cette recherche n'apportera pas toutes les solutions aux insuffisances d'information et de communication en matière de PF, mais nous restons confiantes qu'une action amorcée dans le sens de l'amélioration de la qualité de service PF portera ses fruits. Notre recherche, qui embrassait uniquement la contribution de la communication à la pratique de la PF, laisse une fenêtre ouverte à d'autres recherches sur :

- l'implication des hommes à la pratique de la planification familiale ;
- la qualité de l'accueil dans les services de prestation de services PF ;
- les besoins non satisfaits des jeunes en matière de santé de la reproduction ;
- les utilisatrices de PF « perdues de vue» ;
- les rumeurs et la PF.

Bibliographie

Africa Link. (1988). Communication sur la planification familiale. Vol.2, No 1. Région Afrique, Alan Guttmacher Institute, New York, 27 p.

Alan Guttmacher Institute (1984). *Perspectives internationales du Planning Familial*, N° spécial de la conférence internationale sur la population. New-York, 66 p.

Bankole, A. and Singh, S. (1998). Couples Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries: Hearing the Man's Voice". International Family Planning Perspectives, 24, 15-24. http://dx.doi.org/10.2307/2991915.

Direction de la Santé et de la Famille. (1991). *Bilan des activités de planification familiale et Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille*. Ouagadougou, 11 p.

Direction de la Santé et de la Famille. (1998). *Management, Stratégies pour le développement du programme de planification familiale au Burkina Faso durant la période 1993-1998.* Ouagadougou, Burkina Faso, 52 p.

Illana Cohen Sylvie. (1993). *Elaboration des stratégies d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour les populations*. Etudes techniques n°1, Etats-Unis, 44 p.

INSD. (1985). *Enquête démographique et de santé*. Burkina Faso, 248 p.

Katy A. et al. (1986). *Enquête sur la fécondité et sur le planning familial*. Populations Reports No 8 série M., Baltimore,5 p.

Kone Hugues. (1993). Recherche en Communication en matière de population : Cas d'un projet de communication en planification familiale, Africa Media Review Vol. 7, No.11993, ©African Council for Communication Education, 72 p.

Maine D., Mc Namara R. et al. (1985). *Birth spacing and child survival*. Columbia University New-York, 27 p.

Ministère de la Sante. (1992). *Consolidation des services de prestation sanitaire en direction de la famille au Burkina Faso*. Ouagadougou, 32 p.

Noumbissi Amadou and Jean-Paul Sanderson. (1998). La communication entre conjoints sur la planification familiale au Cameroun. Les normes et les stratégies du couple en matière de fécondité. Population (French Edition), Vol. 54, No.), Published By Institut National d'Etudes Démographiques,14 p.

OMS. (1975). *L'éducation pour la santé*. Série de rapports techniques n°408, Genève, Suisse, 35 p.

OMS. (1978). *Rapport de la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé*. Genève, Suisse. 88 p.

OMS. (1986). *La Charte d'Ottawa*. Genève, Suisse, 6 p.

Tankoano Aguima Frank. (1989). *Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale dans un village Gourmantché (Burkina Faso),* Thèse, Université de Ouagadougou, Burkina Faso, Ecole Supérieure des Sciences de la Sante, 121 p.