

Faculté de santé publique

Comment les professionnelles de santé perçoivent-elles les demandes de planification familiale exprimées en contexte de désapprobation du mari et comment ces perceptions influencent-elles leurs pratiques d'accompagnement en milieu rural ?
Etude qualitative dans le district sanitaire de Bukinanyana au Burundi.

Mémoire réalisé par
Daphrose NIYUNGEKO

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier sincèrement mon promoteur de mémoire, le Professeur Walter Hesbeen, pour son encadrement, ses précieux conseils et sa disponibilité tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je désire également remercier vivement les professionnelles de santé du District Sanitaire de Bukinanyana pour leurs précieuses contributions à la réalisation de cette étude.

Mes remerciements vont à l'endroit de mes regrettés parents, initiateurs de mon parcours scolaire pour leur soutien sans relâche. J'exprime également ma profonde gratitude à ma famille proche, en particulier mon mari NITUNGA Sophonie et mes enfants, IGIRANEZA Chris Alex, NITUNGA Guy Fleury, NITUNGA Alain Michel, GIRITEKA Dan Brian, NZIZA James Junior et DUSHIME Evina Blessia pour leur soutien et leur patience durant l'accomplissement de ce travail.

Que toute personne qui, de près ou de loin, directement ou indirectement a contribué à l'accomplissement de ce travail, trouve ici mes vifs remerciements

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
Le plagiat.....	4
PREAMBULE	9
RESUME.....	10
ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION GENERALE.....	13
CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE	18
1. Contexte géographique et économique	18
2. Contexte démographique	20
3. Education et instruction	20
4. Contexte socioculturel	21
4.1. Représentations de l'enfant dans la société burundaise	21
4.2. Le mariage dans la société burundaise	23
4.4. Pratiques religieuses.....	24
4.5. Le milieu de résidence.....	25
5. Contexte sanitaire spécifique à la santé sexuelle et reproductive	26
6. Place de la médecine traditionnelle	27
CHAPITRE II : GENERALITES ET REVUE DE LITTÉRATURE	30
2.1. Généralités	30
2.1.1. Clarifications des concepts clés.....	30
2.1.1.1. Définition de la Planification familiale	30
2.1.1.2. Les types de contraceptions.....	30
2.1.1.3. Santé reproductive	30
2.1.1.4. Besoin non satisfait de planification	31
2.1.1.5. Désapprobation maritale de l'usage de la contraception moderne	31
2.1.1.6. L'utilisation clandestine de la contraception	31
2.1.1.7. Autonomie décisionnelle des femmes	32
2.1.1.8. Normes de genre et pouvoir conjugal	32
2.1.1.9. Pratiques, perceptions et posture des professionnelles de santé	32
2.1.1.10. Qualité des soins	33
2.1.2. Les avantages de la planification familiale	33
2.1.3. Droit fondamental	35
2.1.4. Le rôle attendu des professionnelles de santé et biais dans leurs prestations en PF	36
2.2. Revue de littérature	38

2.2.1. Planification familiale et besoins non satisfaits	38
2.2.2. Genre, rapports de pouvoir et désapprobation maritale.....	40
2.2.2.1. Normes de genre et pouvoir décisionnel dans le couple.....	40
2.2.2.2. La désapprobation maritale comme facteur clé des BNSF de la planification/contraception moderne	41
2.2.2.3. Utilisation secrète ou cachée de la planification familiale/contraception moderne	42
2.2.3. Offre, qualité des soins, rôle réel et posture des professionnelles de santé en PF.....	44
2.2.4. Les Perceptions et les pratiques des professionnelles de santé en matière de planification familiale.	46
2.2.4.1. Les perceptions des professionnelles vis-à-vis de la planification familiale	46
2.2.4.2. Pratiques des professionnelles de santé en PF	48
2.2.5. Obstacles et facteurs favorisant la prestation de services en contraception moderne.....	49
2.2.5.1. Obstacles à la prestation de services en contraception moderne	49
2.2.5.2. Facteurs favorisant la prestation de services en contraception moderne.....	50
2.2.6. Besoins non satisfaits en contexte spécifique du burundais et lacune de la littérature	52
CHAPITRE III : MATERIEL ET METHODES	56
3.1. Type et approche de l'étude.....	56
3.2. Cadre et période d'étude	56
3.3. Population d'étude	64
3.4. Critères d'inclusion et de non-inclusion	64
3.4.1. Critères d'inclusion.....	64
3.4.2. Critères de non -inclusion	64
3.5. Sélection des participants et taille de l'échantillon	65
3.6. Technique et outils de collecte des données.....	66
3.7. Traitement et analyse des données	67
3.8. Posture et Considérations éthiques	68
3.9. Rigueur scientifique de l'étude	68
3.10. Limites de l'étude	68
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	70
4.1. Echantillon effectif et profil des participants	70
4.2. Résultats.....	70
4.2.1. Influence de la formation et du parcours des professionnelles de santé sur les pratiques d'offre de service de planification familiale en contexte de désapprobation du mari.	71
4.2.1.1. Formation initiale et continue en planification familiale.....	71
4.2.1.2. Compétences professionnelles et expérience des situations complexes.....	72
4.2.2. Représentations de l'enfant, de la fécondité et de la planification familiale et leurs implications dans les pratiques des professionnelles de santé.....	73

4.2.2.1.	L'enfant comme valeur centrale et ressource pour la famille	73
4.2.2.2.	La PF comme meilleur moyen de gérer la fécondité	75
4.2.2.3.	Ambivalence et méfiance vis-à-vis de la PF	76
4.2.3.	La Perception des professionnelles de santé de la demande de PF exprimée par la femme en contexte de désapprobation du mari et implications dans leurs pratiques.....	78
4.2.3.1.	Perceptions de la demande de PF exprimée par la femme en contexte de désapprobation du mari	78
4.2.3.1.1.	Une demande perçue comme légitime mais vulnérable	78
4.2.3.1.2.	Compréhension du rôle du mari dans la décision contraceptive.....	81
4.2.3.1.3.	La désapprobation du mari comme obstacle central à la concrétisation de la demande	82
4.2.3.2.	Implications de ces perceptions dans l'accompagnement de la demande de PF exprimée par la femme : attitudes et pratiques/stratégies des professionnelles de santé et des acteurs communautaires	84
4.2.3.2.1.	Pratiques et stratégies d'accompagnement	84
4.2.3.2.1.1.	Adaptation du discours en fonction de la situation de la femme ..	84
4.2.3.2.1.2.	Adaptation du choix des méthodes en contexte de désapprobation maritale	84
4.2.3.2.1.3.	Gestion de la confidentialité et tensions vécues par les professionnelles.....	85
4.2.3.2.1.4.	Sensibilisation et implication du mari	86
4.2.3.2.1.5.	Pratiques communautaires d'accompagnement des femmes en matière de PF	87
4.2.3.2.2.	Postures des professionnelles de santé face à la demande de PF	89
4.2.3.2.2.1.	Soutien à la demande exprimée par la femme.....	90
4.2.3.2.2.2.	Prudence face aux risques liés au contexte conjugal	90
4.2.3.2.2.3.	Accompagnement de la décision de la femme	91
4.2.3.2.2.4.	Hésitation/dilemmes et malaise des professionnelles	92
4.2.4.	Leviers et barrières dans l'accompagnement de la demande de PF	93
4.2.4.1.	Les barrières.....	93
4.2.4.1.1.	Contraintes d'ordre matériel et organisationnel	93
4.2.4.1.2.	Socialisation et croyances des professionnelles de santé	94
4.2.4.1.3.	Tensions vécues par les professionnelles de santé dans l'accompagnement des femmes	96
4.2.4.1.3.1.	Pressions familiales et sociales	96
4.2.4.1.3.2.	Impact sur le bien-être des professionnelles de santé.....	97
4.2.4.2.	Les Leviers	97

4.2.4.2.1. Impact de la hiérarchie sur les pratiques des professionnelles de santé.....	97
4.2.4.2.2. Soutien institutionnel dans la réponse à la demande les femmes en désapprobation du mari	98
CHAPITRE V. DISCUSSION ET PRECONISATIONS.....	100
I. L'influence du parcours professionnel et la formation sur la gestion des situations de désapprobation du mari en matière de PF	101
II. Normes de fécondité et pouvoir décisionnel de l'homme	104
III. Postures et pratiques des professionnelles de santé : entre légitimité de la demande féminine et désapprobation du mari.....	107
IV. Leviers et freins à l'accompagnement centré sur la femme en contexte de désapprobation du mari	113
CONCLUSION GENERALE ET PERSEPECTIVES.....	118

PREAMBULE

Précision sur l'utilisation de l'intelligence artificielle

Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire, l'intelligence artificielle (IA) a été utilisée de façon ponctuelle comme appui à la reformulation de certains passages et à la correction linguistique de certains concepts. Toutefois, l'analyse des résultats, l'interprétation des données et les conclusions de l'étude et autres contenus, demeurent le fruit d'une réflexion personnelle appuyée sur les données recueillies et la littérature scientifique consultée.

RESUME

Introduction : Malgré l'importance accordée à l'implication des hommes dans la planification familiale, la désapprobation du mari demeure un obstacle à l'utilisation des services. Cette étude qualitative menée en milieu rural au Burundi, vise à comprendre comment les professionnelles de santé perçoivent les demandes de planification familiale exprimées par des femmes en contexte de désapprobation du mari et comment ces perceptions influencent leurs pratiques d'accompagnement.

Méthode : Entre février et mars 2026, huit entretiens individuels approfondis ont été menés auprès des professionnelles de santé sélectionnées dans huit formations sanitaires du district sanitaire de Bukinanyana au Burundi. Deux témoins privilégiés et un tradipraticien ont également participé à l'étude. Les entretiens, réalisés à distance à l'aide de guides d'entretien semi-structurés, ont été enregistrés puis retranscrits intégralement.

Résultats : Les résultats indiquent que ces demandes sont globalement perçues comme légitimes mais vulnérables en raison de leurs conséquences sociales et conjugales potentielles. Cette ambivalence se traduit par une diversité de pratiques d'accompagnement : certaines professionnelles de santé adoptent des stratégies d'adaptation tandis que d'autres privilégient des approches plus prudentes impliquant l'accord ou la participation du mari ; d'autres encore se trouvent confrontées à des dilemmes. Ces pratiques sont influencées par plusieurs facteurs qui doivent être pris en compte afin d'assurer un accompagnement optimal de ces demandes.

Conclusion : La façon dont les professionnelles de santé ¹perçoivent la demande de planification familiale en contexte de désapprobation du mari influence leurs pratiques d'accompagnement. Soutenir l'autonomie décisionnelle de ces femmes nécessite une approche holistique prenant en compte les facteurs influençant ces pratiques.

Mots clés : Perceptions, pratiques, demande de planification familiale, désapprobation du mari, milieu rural, professionnelles de santé, Burundi.

¹ Nous utilisons « professionnelle de santé » au féminin car la majorité des participants était de sexe féminin.

ABREVIATIONS

ABUBEF	: Association Burundaise pour le Bien-être Familial
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASS	: Afrique Sub-saharienne
BNSF	: Besoin Non Satisfaits
BPS	: Bureaux Provinciaux de Santé
CDS	: Centre de Santé
COC	: Contraceptif Oral Combiné (œstrogène + progestatif)
COP	: Contraceptif Oral Progestative seul
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DIU	: Dispositifs et Systèmes Intra-utérins
DS	: District sanitaire
FOSA	: Formation Sanitaire
FP20	: Family Planning 2020
HC	: Hôpital Communal
Infi A0	: Infirmier A0
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infection Sexuellement Transmissibles
ISTEEBU	: Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
MAMA	: Méthodes d'Allaitements Maternel et de l'Aménorrhée
MCD	: Médecin Chef de District
MCM	: Méthodes Contraceptives Modernes
MDPS	: Médecin Directeur de la Province Sanitaire
MSPLS	: ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
MT	: Médecine Traditionnelle
ODD	: Objectif de Développement Durable
ONG	: Organisation non gouvernementale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PF	: Planification familiale
PNSR	: Programme National de la Santé Sexuelle et Reproductive

RNATB	: Réseau National des Tradipraticiens du Burundi
SF	: Sage-Femme
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
SSRMNA	: Santé Sexuelle, Reproductive, Maternelle, Néonatale et des Adolescents
TBMR	: Tuberculose multirésistante
TM	: Technicien Médical
TPCM	: Taux de Prévalence Contraceptive Moderne
UNFPA	: Fonds des Nations unies pour la population
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION GENERALE

Je suis psychologue clinicienne, avec une expérience dans la coordination des activités de prévention et de prise en charge psychosociale du VIH/SIDA et de la tuberculose multirésistante (TB/MR) au niveau communautaire, ainsi que dans l'encadrement des acteurs communautaires de santé et je souhaite mettre à profit mon mémoire de master en science de la santé publique pour étudier une question qui m'interpelle : celle de la contraception chez les femmes du milieu rural confrontées à la désapprobation du mari.

En effet, comme on peut le constater, la natalité, en tant que telle, ne pose pas de problème. Elle est souvent vue comme une aspiration importante dans la vie des femmes et, dans bien des contextes, est à la fois une recommandation religieuse et une valeur sociale fondamentale. La grossesse et l'accouchement sont généralement sources de joie pour les parents et les familles, tandis que l'absence d'enfant peut être vécue comme un préjudice pour les couples et leur entourage. Sur le plan familial et culturel, avoir des enfants donne un sens à la vie et, dans la plupart des sociétés africaines, les enfants constituent la principale richesse des familles et des communautés (Akkari, 2025).

Cependant, dans de nombreux contextes, on observe des grossesses trop rapprochées, trop nombreuses ou trop précoces, susceptibles de constituer des risques majeurs pour la santé des femmes et des nouveau-nés. Ces constats font de la santé maternelle et infantile une préoccupation majeure pour les Etats et les organisations internationales.

Au cours des deux dernières décennies, la planification familiale a été placée au cœur des agendas internationaux de développement, notamment à travers les Objectifs du Millénaire pour le développement (en particulier l'Objectif 5, visant la réduction de trois quart du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015)(Charbit, 2021) . Dans la continuité de ces engagements, les Objectifs de développement durable (ODD) ont réaffirmé et élargi ces priorités. La cible 3.7 des ODD vise à garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030(*International partnership to boost access to reproductive healthcare*, 2023).

Ces cadres soulignent le rôle central de la contraception dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Toutefois, la réalisation de ces objectifs dépend fortement des contextes locaux, marqués par des facteurs socioculturels et relationnels qui entravent l'accès effectif aux services de planification familiale. Depuis son introduction vers les années 1980, la contraception moderne est aujourd'hui utilisée par environ 874 millions de femmes dans le

monde, avec pour objectif d'atteindre 70 millions de bénéficiaires supplémentaires à l'horizon 2030(*Family planning/contraception methods*, s. d.).

Ces chiffres témoignent à la fois des progrès considérables accomplis en matière d'accès à la contraception moderne et de l'ampleur de l'effort restant à fournir pour répondre aux besoins non satisfaits en planification familiale d'ici 2030. En dépit de ces avancées, il est estimé qu'au niveau mondial, 10% des femmes ont des besoins non satisfaits de planification familiale, ce qui représente 190 millions de femmes(Christin-Maitre, 2022) . Cette situation est particulièrement marquée en Afrique subsaharienne où la transition démographique lente, marquée par des niveaux de fécondité encore élevés (John Bongaarts et Karen Hardee, 2018), où l'indice synthétique de fécondité(ISF) n'est passé que de 6,6 à 5,3 enfants par femme (Garenne, s. d.) ainsi que par une persistance importante des besoins non satisfaits en planification familiale(21%)(Kulczycki, 2018). En 2010, environ une femme sur quatre présentait un besoin non satisfait de planification familiale (Duthé et al., 2024), illustrant la persistance des enjeux de santé publique liés à la croissance démographique rapide.

Le Burundi, pays d'Afrique de l'Est, s'inscrit pleinement dans ce contexte. Il s'agit d'un pays densément peuplé, dont la population est estimée à 12 332 788 habitants en 2024, répartis entre 5 901 069 hommes et 6 431 719 femmes(*Institut National de la Statistique du Burundi*, s. d.). Depuis longtemps, les autorités burundaises s'inquiètent de la forte dynamique démographique. L'analyse des résultats du recensement de 1979 a mis en évidence un déséquilibre préoccupant entre une croissance démographique rapide et un indice synthétique de fécondité particulièrement élevé, estimé en moyenne à sept enfants par femme. Face à cette situation préoccupante, le Burundi a lancé le premier programme de planification familiale en 1983 dans la province de Muramvya (Wilfrid NSABIMBONA, 2023), marquant le début des efforts institutionnels pour promouvoir le contrôle volontaire de la fécondité. Toutefois, malgré l'intégration de la planification familiale dans les politiques nationales de santé, la situation du Burundi, et plus particulièrement celle des zones rurales, illustre l'écart persistant entre les engagements internationaux et leur traduction effective dans les pratiques. Le pays continue de faire face à une forte croissance démographique, caractérisée par un taux de fécondité élevé en milieu rural(5,7 enfants par femme)qu'en milieu urbain(4,1 enfants par femme) (*République du Burundi. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.). Cette dynamique démographique s'accompagne d'une utilisation encore limitée des méthodes contraceptives modernes et de niveaux élevés de besoins non satisfaits en planification familiale parmi les femmes en âge de procréer, en particulier celles vivant en

²milieu rural. Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2016-2017, seules 23% des femmes en union âgées de 15-49 ans utilisaient une méthode contraceptive moderne, tandis que le taux de besoins non satisfaits en planification familiale demeurait élevé et relativement stable, se situant autour de 30% (*République du Burundi. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.). Cette situation a des répercussions majeures sur la santé maternelle et néonatale, les grossesses rapprochées, précoces ou non désirées constituant des facteurs de risque important de morbidité et de mortalité des femmes et des nouveau-nés. Parmi les déterminants de cette situation, la désapprobation du mari occupe une place centrale. Dans un contexte marqué par des rapports de genre inégalitaires et une forte prééminence de l'autorité masculine dans les décisions reproductives (Bonnet & Guillaume, s. d.), les femmes du milieu rural disposent souvent d'une autonomie reproductive limitée pour accéder aux services de planification familiale (MacQuarrie & Aziz, 2022) même lorsqu'elles en expriment le besoin. Face à ces contraintes, les professionnelles de santé jouent un rôle stratégique. En tant que principales actrices de l'offre de services de planification familiale, elles sont appelées à accompagner les femmes dans leurs choix reproductifs tout en composant avec les normes socioculturelles et les dynamiques conjugales (John Bongaarts et Karen Hardee, 2018). Ainsi, leurs perceptions et leurs pratiques face à la demande de planification familiale, en particulier dans un contexte de désapprobation du mari, influencent de façon déterminante l'accès réel des femmes rurales aux services de contraception.

Le choix de cette thématique présente un intérêt à plusieurs niveaux : Originaire d'une des provinces rurales du Burundi, et ayant travaillé dans divers programmes de promotion de la santé au sein du ministère de la Santé Publique, j'ai été témoin d'une situation où les femmes souhaitant adopter une contraception moderne se heurtaient à l'opposition du mari ainsi qu'à une offre limitée de services de santé dans ce domaine. Cette double posture, à la fois personnelle et professionnelle, m'a amenée à m'interroger sur les mécanismes qui entravent la satisfaction des besoins en contraception moderne des femmes mariées dans ce contexte de désapprobation du mari ainsi que sur le rôle des professionnelles de santé dans ces situations complexes. Cet intérêt a été renforcé par une expérience de terrain en 2020 lors de laquelle j'ai rencontré une jeune dame, mère de six enfants en sept ans de mariage. Cette situation illustre concrètement les limites de l'accès effectif à la planification familiale en milieu rural et a constitué un élément déclencheur de cette recherche. Dans ce contexte, ce travail s'attache à

² Nous utilisons « professionnelle de santé » au féminin car la majorité des participants était de sexe féminin.

comprendre comment la demande de planification familiale est perçue par les professionnelles de santé et comment ces perceptions influencent leurs pratiques d'accompagnement dans ces dynamiques.

Sur le plan politique, ce sujet revêt d'une pertinence particulière au regard des engagements du Burundi envers les Objectifs de Développement Durables, notamment l'ODD 3.7 visant l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que dans le cadre de la vision nationale du « Burundi émergent en 2040 et développé en 2060 », qui prévoit une réduction de l'indice synthétique de fécondité à une moyenne de trois enfants par femme. En mettant en lumière les obstacles liés aux normes conjugales et au rôle des professionnelles de santé³, cette étude apporte des éléments d'analyse essentiels pour orienter les politiques et interventions visant à améliorer l'accès effectif des femmes à la planification familiale.

Sur le plan scientifique, cette étude contribue à enrichir les connaissances sur les dynamiques sociales et professionnelles influençant l'accès à la planification familiale en contexte rural. En s'intéressant aux perceptions et aux pratiques des professionnelles de santé face à la désapprobation du mari, elle apporte un éclairage original sur un aspect encore peu documenté au Burundi, à l'interface entre normes socioculturelles et pratiques de soins.

Sur le plan social, cette recherche met en lumière les obstacles auxquels les femmes sont confrontées dans l'accès à la planification familiale, en particulier dans des contextes marqués par des rapports de pouvoir au sein du couple. Elle souligne ainsi la nécessité de promouvoir des approches adaptées aux réalités socioculturelles, afin de renforcer l'autonomie décisionnelle des femmes et d'améliorer leur accès effectif aux services de santé reproductive.

Ainsi, il paraît important de mener une étude qualitative auprès des professionnelles de santé en se posant la question de recherche suivante : Comment les professionnelles de santé perçoivent-elles la demande de planification familiale exprimée en contexte de désapprobation du mari et comment ces perceptions influencent-elles leurs pratiques d'accompagnement-elles en milieu rural au Burundi ?

Au Burundi, et plus particulièrement dans les zones rurales, ces perceptions et pratiques des professionnelles de santé restent cependant encore peu documentées. Cette lacune limite la

³ Nous utilisons « professionnelle de santé » au féminin car la majorité des participants était de sexe féminin.

compréhension des mécanismes en jeu et empêche d'adapter les interventions de planification familiale aux réalités socioculturelles locales.

Cette étude vise à recueillir les opinions des professionnelles de santé exerçant dans les services de planification familiale sur leurs perceptions face à la demande de planification familiale exprimée en contexte de désapprobation maritale et de comprendre comment ces perceptions influencent leurs pratiques et postures dans l'accompagnement en milieu rural au Burundi.

Pour partir en exploration, je vais utiliser plusieurs moyens, répartis en chapitres. Ainsi, notre étude est structurée en six chapitres. Le premier présente le contexte général de l'étude ;le deuxième chapitre expose les Généralités et la Revue de littérature ;le troisième chapitre a trait aux matériels et méthodes de la recherche ;le quatrième chapitre est consacré à la présentation des résultats issus des entretiens avec des témoins privilégiés d'une part, puis des entretiens semi-structurés avec les professionnelles de santé et les tradipraticiens de l'autre ;le cinquième chapitre propose une discussion des résultats et des préconisations. Enfin, le sixième chapitre revient sur les limites de l'étude, avant que le mémoire ne se conclue par une conclusion générale et des perspectives pour la recherche et l'action en matière de santé publique. Une bibliographie vient clôturer l'ensemble du travail.

CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

Cette partie expose le cadre de l'étude, en soulignant les aspects qui peuvent affecter les comportements en matière de contraception au Burundi, spécialement dans les zones rurales. Elle présente tour à tour le contexte géographique et économique, démographique, éducatif, socioculturel et sanitaire, ainsi que la place de la médecine traditionnelle dans la planification familiale. Il s'agit de comprendre comment ces dimensions structurent les comportements reproductifs, la désapprobation conjugale de la contraception et, par conséquent, les pratiques des professionnelles de santé face aux besoins non satisfaits en planification familiale.

1. Contexte géographique et économique

Le Burundi est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Est, dans la région des Grands Lacs. Il se trouve entre 2°30' et 4°28' de latitude sud et entre 28°50' et 30°54' de longitude est, et il est frontalier avec trois pays : la République démocratique du Congo à l'ouest, le Rwanda au nord et la Tanzanie à l'est et au sud-est (« Géographie du Burundi », 2024). On y distingue généralement deux saisons : une saison de pluie et une saison sèche. La durée de ces saisons est variable en fonction des régions naturelles. Cette cartographie burundaise, faite d'une alternance de chaînes montagneuses, de collines et de plaines, donne au pays une grande diversité de paysages et une richesse naturelle remarquable. Le Burundi possède également d'importantes ressources naturelles hydrographiques ainsi qu'un riche potentiel minier largement sous-exploité dans le temps. Le Lac Tanganyika situé à l'Ouest, constitue un élément géographique majeur. La superficie est de 27834 Km². Le Burundi est divisé actuellement en 18 provinces. Parmi ces provinces du pays se trouvent Bujumbura, la capitale politique du Burundi, et Gitega, la capitale économique du Burundi. L'agriculture occupe une place importante en particulier à la campagne, ce qui peut influencer leurs choix en matière de santé, de scolarisation et d'accès aux services de planification familiale. Dans ce contexte, la pression démographique et la structure largement rurale de la population joue un rôle déterminant dans les comportements reproductifs et les besoins non satisfaits en matière de contraception moderne.



Figure 1 - Carte politique du Burundi

2. Contexte démographique

Le Burundi présente une structure démographique caractéristique d'un pays en transition démographique inachevée comme le stipulent l'évolution de sa population ainsi que les niveaux actuels de fécondité et de mortalité.

Le Burundi est un pays très densément peuplé : la population est estimée, en 2024 à 12332788 millions d'habitants, dont 5 901069 hommes et 6 431719 femmes (Institut National de la Statistique du Burundi, s. d.). La fécondité demeure élevée avec des différences importantes selon le milieu de résidence (le taux de fécondité est de 5,7 enfants par femme en milieu rural contre 4,1 enfants par femme en milieu urbain) (*République du Burundi.Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.) . Elle varie également selon les provinces, allant d'un minimum de 3,7 enfants par femme à Bujumbura Mairie à un maximum de 6,6 enfants par femme dans la province de Muyinga et 6 ,0 enfants par femme dans la province Cibitoke (34. *ISTEEBU, & ICF International. (2017). Troisième Enquête Démographique et dde Santé 2016-2017.*, s. d.). Le niveau de vie du foyer dans lequel vit la femme a aussi une influence sur la fécondité : les femmes de deux quintiles de bien-être économique les plus bas ont, en moyenne, 6,0 enfants contre 4,4 enfants par femme parmi celles des ménages du quintile le plus élevé. (*République du Burundi.Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.).

Le Burundi reste majoritairement rural. Plus de deux tiers des habitants vivent encore à la campagne comme le souligne (Doignon & Oliveau, 2025). Les données de l'EDSB-III montrent également que la majorité de la population burundaise résident principalement en zone rurale, avec 87 % de femmes contre 85 % d'hommes (*République du Burundi.Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.) ,la population féminine étant plus importante que la population masculine.

3. Education et instruction

L'éducation constitue un déterminant important des comportements contraceptifs. Selon les données de l'EDSB-III, la prévalence contraceptive varie de manière significative avec le niveau d'instruction des femmes : elle est de 20% parmi les femmes qui ne sont pas scolarisées ,de 25% chez celles ayant un niveau primaire et de 29% parmi celles ayant le niveau secondaire ou supérieur (*République du Burundi.Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.). Ces écarts suggèrent que le faible niveau d'instruction des femmes, combiné à la dépendance économique, peut limiter l'accès à l'information contraceptive et renforcer l'adhésion aux normes pro-natalistes, contribuant ainsi à la

persistance d'une fécondité élevée et à la faible utilisation des méthodes modernes. Il ressort de ce qui précède que l'éducation apparaît comme un levier essentiel, tant en termes de santé et d'accès à l'information mais aussi en termes d'autonomie des femmes dans leurs décisions en matière de planification familiale.

Au Burundi, malgré les politiques de gratuité scolaire, tous les enfants n'accèdent pas à l'école. Les données de l'enquête de santé de 2016-2017 montrent qu'une proportion importante d'hommes et de femmes parmi les personnes enquêtées n'a aucun niveau d'instruction. En effet, plus d'un tiers (36 % des femmes) et 24 % des hommes (âgés de 15 à 49 ans) n'ont aucun niveau d'instruction et 39 % des femmes et 46 % des hommes ont un niveau d'instruction primaire. D'après cette même enquête, le taux d'alphabétisation globale est d'environ 68 % chez les femmes et de 79% chez les hommes, ce qui témoigne d'une disparité persistante de genre en matière d'accès à l'éducation (*République du Burundi.Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.)

Tabutin souligne que l'instruction des femmes joue un rôle majeur dans la réduction de la fécondité, en l'occurrence la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Dans une étude réalisée dans 175 pays, cet auteur a montré que les femmes ayant atteint au moins un niveau d'instruction primaire présentent une fécondité inférieure à celle des femmes non instruites, et cet effet devient particulièrement plus marqué à partir du niveau secondaire. Les mécanismes à la base de ce phénomène peuvent être l'entrée plus tardive en union, la diminution du désir d'enfants, le coût accumulé du travail de mère ainsi que le meilleur accès à l'information et l'utilisation des contraceptifs (Tabutin, s. d.). Les données burundaises vont dans le même sens : la fécondité est plus élevée chez les femmes qui n'ont pas d'études que chez celles qui ont un niveau d'études secondaires ou supérieures (*République du Burundi.Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.). Ainsi, l'éducation apparaît comme un levier clé pour réduire les besoins non satisfaits en PF, en renforçant l'autonomie des femmes et leur capacité à négocier, à décider et à surmonter certaines barrières, notamment la désapprobation du mari.

4. Contexte socioculturel

4.1. Représentations de l'enfant dans la société burundaise

Dans de nombreuses sociétés africaines, l'enfant a toujours été considéré comme une richesse et comme le signe de la continuité de la lignée (Intudi & Mvibidulu, s. d.). Cette considération est encore conservée aujourd'hui dans les pensées des individus même s'il y a quelques

variations surtout en milieu urbain où l'enfant est vu comme un consommateur, une charge pour la famille. Dans la société burundaise, bien qu'il n'existe pas de source écrite le confirmant, les bénédictions adressées à la jeune mariée (parents de la fille), font référence à la fécondité comme l'expression : « Genda were iyugiye », qui signifie (sois féconde dans ta belle-famille).

Au Burundi, le mariage reste fortement associé à la procréation. Une union sans enfants peut être perçue comme incomplète ou dépourvue de sens et lorsque l'enfant tarde, les femmes sans enfants peuvent être stigmatisées ou subir des violences et humiliations (Calvès, 2019; Calvès et al., 2018). Dans certaines représentations, la femme est pleinement reconnue dans sa belle-famille à partir du moment où elle donne naissance à un enfant. Dans la tradition burundaise, l'enfant est vu à la fois comme un don de Dieu et une ressource indispensable à plusieurs niveaux. Sur le plan économique, il représente une main-d'œuvre importante, notamment en milieu rural, où il participe aux travaux agricoles, pastoraux et domestiques. Canning et al., soulignent que les enfants, surtout les filles peuvent quitter l'école afin d'assister leurs parents et en particulier leur mère pour s'occuper de ses cadets (Canning et al., 2016). L'enfant est aussi perçu comme une assurance-sécurité pour les parents à la vieillesse. Sur le plan social, l'enfant assure la continuité du groupe familial. Dans une société patriarcale, une importance particulière est accordée aux garçons, considérés comme garants de la lignée. Cette représentation peut expliquer la poursuite des naissances jusqu'à l'obtention d'un fils. L'enfant est aussi considéré comme un bien commun, appartenant non seulement à ses parents biologiques mais aussi à la communauté, (Akkari, 2025), comme l'exprime le proverbe burundais « Umwana s'uwumwe ». Cela explique pourquoi dans la société burundaise, quand une personne reconnaît l'enfant de tel dans une faute, elle le corrige comme étant son parent biologique. Symboliquement, l'enfant signifie le divin. Sa naissance porte donc en soi une dimension spirituelle. C'est le symbole de la pureté et de l'innocence. Dans la tradition burundaise, on a l'habitude de voir un bébé sourire étant endormi. Ce sourire est interprété comme une communication avec les anges. Cette représentation symbolique traduit la croyance selon laquelle le nouveau-né demeure relié au monde spirituel d'où il provient, ce qui en fait un être pur et porteur de bénédiction.

Il découle de ce qui précède que ces représentations traditionnelles, profondément enracinées dans les mentalités burundaises, continuent d'influencer la perception qu'a le couple des méthodes contraceptives modernes. Celles-ci peuvent être vues comme une remise en cause des valeurs culturelles, de la masculinité, de la bénédiction divine et de la procréation. Elles contribuent ainsi à la désapprobation maritale de la planification familiale moderne. Toutefois,

certaines femmes, notamment celles instruites ou vivant en milieu urbain, parviennent à contourner ces interdictions et à utiliser des méthodes contraceptives modernes, participant ainsi à la remise en question des normes sociales qui limitent leur autonomie reproductive.

4.2. Le mariage dans la société burundaise

Comme le souligne Tabutin & Schoumaker (2020), le mariage conserve le statut de norme sociale dominante en Afrique subsaharienne. Au Burundi, il est particulièrement important comme une alliance entre deux familles et un renforcement des attentes sociales liées à la fécondité (Tabutin & Schoumaker, 2020). Dans la société burundaise, surtout dans les zones rurales, les grossesses hors mariage sont fortement mal vues et interdites. Même si aujourd'hui, les sanctions traditionnelles sévères ont disparu, les grossesses hors mariage restent associées à la honte pour la famille et à l'ostracisme social au sein de leur communauté. Le Code des personnes et de la famille de 1993 encadre juridiquement le mariage au Burundi, traduisant ainsi son importance sociale, juridique et spirituelle (20 - *Code des Personnes et de la Famille*, s. d.). Certaines pratiques socioculturelles demeurent importantes au Burundi, notamment le paiement de la dot (inkwano) et la valorisation de la virginité avant le mariage. Ces pratiques sont socialement vues comme favorables à l'harmonie du couple et à la pérennité de l'union. Il est observé au Burundi tout comme ailleurs en Afrique que les unions scellées civilement et/ou religieusement paraissent plus stables, comme le soulignent (Adjamagbo et al., 2024). Cependant, la société burundaise connaît des transformations. Les appels à l'égalité de genre se renforcent, notamment chez les femmes instruites et économiquement actives, qui remettent aujourd'hui en question le dicton social « Niko zubakwa » (« c'est ainsi qu'on construit une famille »), autrefois utilisé pour justifier l'acceptation silencieuse des difficultés conjugales. Ces femmes souhaitent des rapports conjugaux plus partagés et plus justes.

Face à ces contraintes, certaines femmes recourent à des démarches discrètes afin de préserver leur autonomie reproductive sans compromettre leur stabilité conjugale. Dans ce contexte, les professionnelles de santé jouent un rôle important, mais souvent délicat, lorsqu'elles accompagnent des femmes confrontées à la désapprobation maritale.

4.3. La place et le statut de la femme

Dans le contexte burundais, les coutumes et mentalités burundaises tendent à reléguer les femmes à une position subordonnée au sein du ménage. En particulier dans les zones rurales, elles assurent la majeure partie des travaux domestiques, des activités agricoles, des soins aux enfants ainsi que de la gestion quotidienne du foyer (*Burundi*, s. d.) . Cette répartition des rôles

est souvent perçue comme naturelle, y compris par les femmes elles-mêmes. Moguérrou et al., montrent qu'en Afrique de l'Ouest, les activités domestiques sont fortement considérées comme « féminines ». Lorsqu'un homme accomplit ce genre de tâches, cela peut être perçu comme une atteinte à son honneur respectif (Moguérrou et al., 2020). Cette logique se retrouve aussi dans la société burundaise, où les rapports de genre restent marqués par la domination masculine.

En Afrique et au Burundi, la société a toujours confiné la femme au rôle reproductif au lieu de reconnaître son rôle productif. Ouattara rappelle que la femme est souvent assignée à des devoirs conjugaux, maternels, familiaux et communautaires, sans que ces rôles soient nécessairement reconnus comme des droits ou comme une contribution sociale à part entière (Ouattara, s. d.). Cette situation impose à la femme une lourde charge physique et mentale, limitant ainsi ses possibilités d'épanouissement (Ouattara, s. d.). Malgré les progrès accomplis dans la promotion de l'égalité de genre au Burundi, les rapports entre hommes et femmes restent profondément inégalitaires. Dans le mariage, l'homme conserve souvent le pouvoir de décision, notamment en matière de fécondité et de gestion du foyer. La contraception moderne peut ainsi être perçue comme une remise en cause de l'autorité masculine ou compromettre leur épanouissement personnel comme le soulignent (Calvès et al., 2018), ce qui alimente la désapprobation du mari dans ce domaine.

4.4. Pratiques religieuses

La religion influence les attitudes envers la fécondité et la contraception. Elle constitue un système de croyances et de règles collectives qui guide le comportement des individus, y compris dans le domaine de la planification familiale (Boyer, 2021; Willaime, 2021). Il ressort de ce qui précède que l'appartenance religieuse tend à différencier les comportements, du fait que chaque religion véhicule des doctrines et des valeurs particulières qui peuvent orienter les attitudes vis-à-vis de la fécondité et de la contraception.

Au Burundi, le paysage spirituel est occupé par plusieurs religions, qui sont présentées dans les enquêtes démographiques et de santé du pays. Les données de l'EDSB-III (2017) indiquent de façon suffisante que, les femmes enquêtées étaient majoritairement catholiques, suivies des protestantes, des musulmanes et des adventistes. Ces tendances s'observent même dans la catégorie d'hommes enquêtés (*République du Burundi. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.). Cette diversité religieuse suggère une multiplicité de comportements contraceptifs, chaque groupe ayant ses propres valeurs en matière de fécondité.

Dans de nombreuses traditions, l'enfant est perçu comme une bénédiction divine. Cette représentation peut conduire à valoriser la forte fécondité et à limiter l'acceptation des méthodes contraceptives modernes. L'Eglise catholique promeut principalement la planification familiale naturelle, appelée « parentalité responsable » (Schwarz et al., 2022). A l'échelle mondiale, les femmes chrétiennes et musulmanes ont, en moyenne, une fécondité plus élevée que celles qui se rattachent à d'autres types de religion (Tertrais, 2020). De plus, les travaux de Hugues et Pascal montrent que les catholiques adoptent une position plus restrictive à l'égard de la planification familiale moderne, tandis que les évangéliques ont une attitude plus nuancée (Hugues & Pascal, s. d.). La Déclaration de Gitega de 2010 a encouragé les leaders religieux à s'engager dans la sensibilisation à la planification familiale afin de répondre aux défis de la croissance démographique. Cependant, les positions demeurent diverses selon les confessions et les acteurs impliqués (Schwarz et al., 2022; Sentamba & Nsavyimana, 2025). Hakizimana & Odjidja (2021) notent que certaines familles nombreuses sont valorisées par certains hommes comme signe de pouvoir et de respect, ce qui nourrit parfois l'opposition à la contraception moderne (Hakizimana & Odjidja, 2021). Ces contrastes normatifs peuvent affecter également les professionnelles de santé. Sentamba & Nsavyimana relèvent que certaines professionnelles de santé ne sont pas toujours en cohérence avec les messages promus, notamment lorsqu'ils ont eux-mêmes de grandes familles, ce qui peut limiter leur pouvoir de convaincre leurs clientes (Sentamba & Nsavyimana, 2025). Ainsi, les comportements contraceptifs des Burundais et burundaises (hommes, femmes et professionnelles de santé) sont façonnés par les valeurs sociales et religieuses qu'ils vivent et qui les guident.

4.5. Le milieu de résidence

Le milieu de résidence joue un rôle important dans les comportements reproductifs. L'urbanisation et l'éducation exposent les individus à de nouvelles idées et peuvent transformer les normes sociales. Gendreau et al. montrent, à partir de l'exemple de la Tunisie, que les disparités entre milieux urbain et rural s'expliquent notamment par le développement initial des services de planification familiale en ville, avant leur extension progressive aux zones rurales (Gendreau et al., s. d.). Cette situation témoigne la persistance des inégalités d'accès aux services de PF entre les milieux urbain et rural.

Au Burundi, la majorité de la population réside en zone rurale (*République du Burundi. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.). Cette situation s'accompagne d'un accès plus limité à l'information, disponibilité limitée des services, d'un manque de personnel et d'un poids plus important des traditions et du pouvoir

décisionnel masculin. Les femmes rurales dépendent souvent de leurs conjoints et tirent leurs moyens de subsistance de l'agriculture et de l'élevage, ce qui peut limiter leur accès autonome à la contraception. A l'inverse, le milieu urbain favorise davantage la transformation des normes traditionnelles. Les contraintes économiques, le coût de la vie, l'emploi et le logement encouragent plus souvent les couples à envisager l'espacement ou la limitation des naissances. Les femmes urbaines disposent également de plus d'opportunités économiques et d'un accès plus large à l'information, ce qui peut renforcer leur autonomie décisionnelle en matière de santé reproductive. Les données révèlent par ailleurs de fortes différences de fécondité selon le milieu de résidence. En effet les femmes du milieu urbain ont une fécondité nettement plus faible que celles qui vivent en milieu rural (4,1 enfants par femme contre 5,7 enfants par femme)(34. *ISTEEBU, & ICF International. (2017). Troisième Enquête Démographique et de Santé 2016-2017.*, s. d.).

Dans cette étude, ces différences rural-urbain sont importantes car elles peuvent influencer non seulement les comportements contraceptifs des couples, mais aussi la manière dont les professionnelles de santé perçoivent les demandes de PF exprimées par les femmes et les stratégies qu'elles adoptent lorsque ces demandes se heurtent à la désapprobation du mari.

5. Contexte sanitaire spécifique à la santé sexuelle et reproductive

La forte croissance démographique a d'importantes conséquences sur le développement, notamment en matière de santé maternelle et infantile. Or, la santé des populations est un bien vital pour les individus comme pour les collectivités. Elle est à la fois un moyen et une fin.

En effet, la croissance rapide et continue de la population a conduit les grandes conférences internationales sur la population à se mobiliser et à recommander l'adoption des méthodes contraceptives modernes afin de maîtriser la fécondité (Charbit, 2022). Ces orientations ont eu une influence sur les politiques sanitaires, y compris celles du Burundi. En réponse à cet appel, le Gouvernement du Burundi a lancé en 1983 un Programme National de Santé Reproductive (PNSR) comprenant la composante planification familiale, financé par le FNUAP, afin de maîtriser la fécondité (Schwarz et al., 2022), ainsi que l'Association Burundaise pour le Bien-être Familial (ABUBEF) pour renforcer la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

Le PNSR vise à améliorer la santé sexuelle et reproductive de la population burundaise (« Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) », 2025). Parmi les objectifs poursuivis, figure la planification familiale qui contribue à espacer les naissances, à éviter les grossesses à risque et à améliorer la santé globale des femmes. Le PNSR fonctionne selon

l'organisation pyramidale du système de santé. Le niveau central élabore les politiques, assure la supervision, mobilise les ressources et réalise le suivi-évaluation. Les niveaux provincial et district coordonnent et supervisent les formations sanitaires. Les centres de santé assurent les services de proximité, notamment le counseling, la distribution des contraceptifs et les consultations prénatales. Les agents de santé communautaires jouent aussi un rôle essentiel dans la sensibilisation, l'orientation des femmes vers les structures sanitaires et la promotion de la planification familiale.

Le programme bénéficie du soutien de nombreux partenaires techniques et ONG pour la formation du personnel, l'approvisionnement en contraceptifs ainsi que la sensibilisation et la supervision technique. Toutefois, le programme reste confronté à plusieurs défis, notamment la pénurie du personnel qualifié, les ruptures de stocks, la faible implication des hommes et les barrières socioculturelles persistantes et la désapprobation du mari en particulier en milieu rural. Ces obstacles peuvent contribuer à la faible utilisation des méthodes contraceptives moderne qui aurait pu contribuer à réduire la mortalité maternelle comme l'ont révélé certaines études et enquêtes de santé démographique (Bouaré, 2021; *République du Burundi.Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.).

Ainsi, le Programme National de Santé Reproductive du Burundi (PNSR), constitue un dispositif essentiel pour l'amélioration de la santé des femmes et des familles, mais son efficacité dépend étroitement de la capacité à surmonter les obstacles structurels, organisationnels et socioculturels qui limitent l'accès effectif à la planification familiale.

6. Place de la médecine traditionnelle

Au Burundi, la prise en charge de la santé repose sur un pluralisme thérapeutique, où coexistent la médecine moderne et la médecine traditionnelle (MT), toutes deux largement sollicitées par la population.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la Médecine traditionnelle comme étant « l'ensemble de connaissances et pratiques, explicables ou non, pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer l'absence de santé en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération » (OMS, 1978). Elle est pratiquée par les tradipraticiens, reconnus par leur communauté comme compétents pour dispenser des soins de santé à partir des substances végétales, animales et minérales, ainsi que d'autres méthodes fondées sur des pratiques sociales, culturelles et religieuses(OMS, 1978). Dans la société burundaise, ces praticiens sont considérés comme des acteurs de santé à part entière. Falisse et al .distinguent

plusieurs catégories notamment les herboristes, les devins, les guérisseurs traditionnels, les sorciers et les prêtres guérisseurs (Falisse et al., 2018).

Dans de nombreuses sociétés africaines, y compris le Burundi, la médecine traditionnelle tient une place importante, en particulier dans les zones rurales où elle constitue souvent la première source de soins. Gari et al. rapportent que 94% des personnes interrogées déclarent recourir à la médecine traditionnelle et apprécier ses services (Gari et al., 2015). Les tradipraticiens sont fréquemment consultés parce qu'ils proposent une approche holistique de la maladie, en l'inscrivant dans des déséquilibres sociaux ou spirituels, dimensions que la biomédecine ne prend pas toujours en compte. La maladie est ainsi souvent attribuée à des forces surnaturelles, et les tradipraticiens apparaissent comme les plus à même d'y répondre. Leur proximité culturelle, leur accessibilité et leur légitimité sociale confortent leur centralité dans les trajectoires de soins.

La médecine traditionnelle au Burundi est aujourd'hui reconnue officiellement par les autorités sanitaires burundaises, à travers le décret présidentiel du 11 novembre 2014 portant réglementation de la médecine traditionnelle au Burundi, complété par trois ordonnances ministérielles. Ce cadre légal consacre la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle dans le système de santé burundaise. A partir de là, les tradipraticiens enregistrés dans le Réseau National des Tradipraticiens du Burundi(RNATB)peuvent exercer leur art et vendre leurs produits dans des pharmacies spécialisées(*Collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne au Burundi*, 2021). Toutefois, la collaboration structurée entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne reste limitée.

En matière de santé reproductive, les savoirs traditionnels transmis de génération en génération jouent un rôle crucial. Au Burundi comme dans d'autres contextes africains, les tradipraticiens proposent diverses pratiques pour réguler la fertilité, telles que des préparations à base de plantes, des amulettes, des massages, des rituels de protection ou de blocage des grossesses. Des études menées dans d'autres contextes africains, montrent que ces pratiques demeurent importantes. A Korhogo, en Côte d'Ivoire, Une étude menée en Côte d'Ivoire montre que 73.8% des femmes interrogées déclaraient porter des amulettes comme méthode contraceptive(Taiba Germaine AINYAKOU et al, s. d.). Dans la province du Limpopo, en Afrique du Sud, Mothiba et al., montrent également que la plupart des membres de la communautés utilisent encore des méthodes traditionnelles de planification familiale(Mothiba et al., 2012). Au Burundi, certaines femmes peuvent préférer ces méthodes, parce qu'elles sont perçues comme plus « naturelles »,

mieux adaptées aux réalités socioculturelles et moins susceptibles de provoquer des effets secondaires que les méthodes modernes.

Toutefois, l'efficacité et l'innocuité de ces pratiques traditionnelles font rarement l'objet d'évaluations scientifiques. Elles peuvent donc entraîner des échecs contraceptifs, des grossesses non désirées et un maintien d'un faible recours aux méthodes contraceptives modernes souvent perçues comme intrusives. Les tradipraticiens peuvent ainsi influencer les comportements reproductifs, soit en encourageant certaines formes d'espacement ou de limitation des naissances, soit en renforçant la valorisation de la forte fécondité et la méfiance envers la contraception moderne. Leur influence est particulièrement marquée en milieu rural, où ils constituent souvent un premier recours de soins.

Ainsi, l'analyse de la place de la médecine traditionnelle au Burundi met en lumière un élément de contexte qui ne façonne pas seulement le comportement reproductif des femmes, mais aussi le cadre dans lequel les professionnelles de santé perçoivent les demandes de PF et y répondent. Comprendre ces interactions entre médecine traditionnelle, normes sociales de fécondité et systèmes de soins apparaît dès lors essentiel pour analyser les perceptions et les pratiques des professionnelles de santé face à la demande de PF des femmes en contexte de désapprobation du mari.

CHAPITRE II : GENERALITES ET REVUE DE LITTÉRATURE

2.1. Généralités

2.1.1. Clarifications des concepts clés

2.1.1.1. Définition de la Planification familiale

La planification familiale constitue un concept central de la santé sexuelle et reproductive. Elle ne vise pas seulement à contrôler les naissances ou à gérer l'intervalle entre elles, mais représente également un instrument essentiel de santé publique, en particulier pour l'amélioration de la santé maternelle. Elle repose principalement sur le recours à des méthodes contraceptives et sur l'accès à une information claire, permettant aux individus et aux couples de faire des choix éclairés concernant leur santé reproductive. La planification familiale désigne ainsi l'ensemble des moyens qui permettent aux personnes de choisir librement le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et le moment de leur venue, notamment en contrôlant l'intervalle entre les naissances (Rédaction, 2023).

2.1.1.2. Les types de contraceptions

Actuellement, plusieurs moyens de planification familiale sont mis à la disposition des utilisateurs et sont variables : comme exemples de MCM :

- La stérilisation féminine ou masculine,
- Les dispositifs et systèmes intra-utérins (DIU),
- Les implants sous-cutanés, les contraceptifs oraux (y compris la pilule du lendemain),
- Les contraceptifs injectables, les préservatifs (féminins et masculins),
- Le diaphragme et la cape cervicale,
- Les patchs,
- Les spermicides,
- Les anneaux vaginaux et les éponges contraceptives.

Les méthodes contraceptives naturelles quant à elles, comprennent : la connaissance de la fertilité, le coït interrompu, l'aménorrhée lactationnelle et l'abstinence (Opee et al., 2024).

2.1.1.3. Santé reproductive

Plus largement, la santé sexuelle et reproductive est définie comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en lien avec tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et ne se limite pas à l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité.

» (Starrs et al., 2018). Dans cette perspective, la santé de la reproduction a été mise en avant pour la première fois comme un concept central lors de la conférence du Caire en 1994. Elle constitue aujourd'hui un pilier fondamental du bien-être et de la santé globale des femmes, des hommes et des familles et influe sur la vie de chaque individu de l'enfance à la vieillesse (UNFPA, 2014).

2.1.1.4. Besoin non satisfait de planification

Le besoin non satisfait correspond au pourcentage des femmes en âge de procréer, sexuellement actives, qui souhaitent espacer leur prochaine naissance de deux ans ou plus (espacement) ou qui ne souhaitent plus avoir d'enfant (limitation), mais qui n'utilisent aucune méthode contraceptive (Cahill et al., 2018).

De manière plus détaillée, Starrs et al., précisent que les femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception moderne sont celles qui sont mariées, en union libre ou célibataires, sexuellement actives, fécondes, qui ne souhaitent pas avoir d'enfant (ni aucun) dans les deux prochaines années ou jamais, et qui n'utilisent aucune contraception ou utilisent une méthode traditionnelle. Les femmes qui déclarent que leur grossesse était non désirée ou qui souffrent d'aménorrhée post-partum après une grossesse non désirée sont également incluses, car leur expérience indique qu'elles souhaitent éviter une grossesse à un moment donné au cours de l'année écoulée (Starrs et al., 2018).

2.1.1.5. Désapprobation maritale de l'usage de la contraception moderne

La désapprobation du mari sur l'usage de la contraception de sa femme peut être entendu comme le fait qu'un mari refuse, s'oppose ou se montre hostile à ce que sa femme utilise un moyen de contraception moderne. Elle peut se traduire par des critiques, des interdictions explicites, des pressions, voire des menaces, lorsque la femme veut utiliser ou continue d'utiliser une contraception.

2.1.1.6. L'utilisation clandestine de la contraception

Baiden et al. Définissent l'utilisation secrète de contraceptifs modernes comme la pratique consistant à utiliser une méthode de planification familiale (PF) à l'insu du mari ou du partenaire (Baiden et al., 2016). L'utilisation clandestine de la contraception moderne apparaît souvent comme une réponse à l'opposition du mari. Cette pratique constitue à la fois un moyen pour les femmes d'accéder à la contraception moderne malgré les contraintes conjugales et une forme d'émancipation dans l'exercice de leurs droits reproductifs.

2.1.1.7. Autonomie décisionnelle des femmes

Pour mieux comprendre ce que c'est l'autonomie décisionnelle des femmes, passons d'abord par la définition du concept « autonomisation des femmes » qui est un « processus par lequel les femmes acquièrent un pouvoir accru sur leur vie, leur travail ou dans leur communauté, tout en prenant des décisions plus éclairées, qui pourraient améliorer leur bien-être et leur qualité de vie » (Yassine & Idrissi, 2025).

L'autonomie décisionnelle en matière de PF est une composante de l'autonomisation des femmes. Ainsi l'autonomie décisionnelle des femmes en matière de la santé reproductive désigne la capacité d'une femme à décider d'elle-même si elle souhaite utiliser ou non une méthode contraceptive moderne sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'autorisation d'un tiers, y compris son mari.

2.1.1.8. Normes de genre et pouvoir conjugal

Les normes de genre peuvent être entendu comme l'ensemble des règles qui définissent les rôles attendus des femmes et des hommes dans une société. Dans les traditions africaines, ces normes de genre placent souvent l'homme comme chef de famille et décideur principal et la femme sous l'autorité du mari (Sougou et al., 2020).

2.1.1.9. Pratiques, perceptions et posture des professionnelles de santé

Les pratiques des professionnelles de santé désignent l'ensemble des actions et des comportements adoptés lors de l'accompagnement des femmes en PF. Ces pratiques peuvent être influencées par la formation reçue, les ressources disponibles et le contexte socioculturel dans lequel exercent les professionnelles de santé.

On entend par perceptions des professionnelles de santé, leurs représentations, croyances et attitudes vis-à-vis de la contraception et l'autonomie des femmes en particulier celles en contexte de désapprobation du mari. Dans certains contextes, ces perceptions peuvent influencer les pratiques des professionnelles et ainsi renforcer ou au contraire atténuer les obstacles rencontrés par ces femmes dans l'accès aux services de PF (Heise et al., 2019).

La posture des professionnelles quant à elle, est une façon d'être dans la relation à l'autre à un moment donné. Cela comprend les attitudes, le langage, l'écoute, la distance, la position de pouvoir, la façon de poser des questions et de réagir. Pour une professionnelle, cela implique empathie, bienveillance, respect de la dignité, absence de jugement et capacité à créer un climat de confiance permettant à la femme d'aborder ce qu'elle traverse. Elle implique de ne pas

ignorer les propos des usagères, de ne pas prendre parti pour le mari, et de l'aider à explorer ses choix contraceptifs sans pression, dans le respect de son rythme et de ses contraintes.

2.1.1.10. Qualité des soins

La qualité des soins est un concept qui comporte plusieurs dimensions. On peut la définir comme « le degré auquel les services de santé maternelle destinés aux individus et aux populations font en sorte qu'un traitement soit fourni en temps voulu et de manière appropriée dans le but d'atteindre des résultats souhaités qui soient à la fois conformes aux connaissances professionnelles actuelles et respectent les droits reproductifs fondamentaux »(Moazzam Ali MD, PhD, MPH, 2022). Dans cette perspective, la qualité désigne des soins qui cherchent à maximiser le bien-être des patients, en prenant en compte le rapport entre bénéfices attendus et risques encourus. C'est une fin en soi, mais non un moyen. En matière de la planification familiale, améliorer l'accès aux méthodes contraceptives et leur disponibilité est une condition indispensable mais non suffisante pour accroître la prévalence contraceptive et à la satisfaction des utilisatrices.

2.1.2. Les avantages de la planification familiale

Du point de vue de la santé des femmes, la planification familiale est vitale. Chaque jour, 830 femmes décèdent encore des suites de la grossesse ou de l'accouchement alors que beaucoup de ces décès sont évitables. Des estimations montrent que si tous les besoins non satisfaits en matière de contraception moderne été couverts, les grossesses non désirées diminueraient de 68 %, les avortements non sécurisés diminueraient de 72 % et les décès maternels diminueraient de 62 %, passant de 299 000 à 113 000 (Sully et al., 2020). La PF contribue ainsi à réduire les complications associées à la grossesse et à l'accouchement et à prévenir la morbidité et la mortalité associées aux avortements à risque.

En permettant d'espacer les naissances, la planification familiale aidera l'organisme de la femme à récupérer et à reconstituer ses réserves nutritionnelles, ce qui favorise sa santé globale et sa capacité à s'occuper de ses enfants et de sa famille. Elle ouvre aussi la possibilité de s'engager dans des activités génératrices de revenus ou de poursuivre des projets personnels et professionnels, en réduisant la charge liée à des maternités rapprochées ou non désirées. Pour les femmes vivant avec le VIH, l'accès à la contraception permet de décider librement du nombre et du moment des grossesses (Starbird et al., 2016) tout en réduisant le risque de transmission mère-enfant. De plus, en permettant aux femmes de décider de leur propre vie, la contraception joue un rôle essentiel dans l'égalité entre les sexes et le respect des droits des

femmes (Rédaction, 2023). La planification familiale procure également des bénéfices directs pour les enfants. En facilitant l'espacement des naissances, l'accès aux soins maternels et néonataux recommandés, elle contribue à diminuer les décès néonataux et à améliorer la survie et la santé des nouveau-nés. Les décès de bébés à la naissance diminueraient de 69%. De la même manière, les nouvelles infections par le VIH chez les bébés âgés de six semaines ou moins seraient réduites de 88 % (Sully et al., 2020). Certaines méthodes, comme la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) reconnue comme méthode de PF, combinent régulation de la fécondité et avantages nutritionnels de l'allaitement maternel exclusif, avec un impact positif sur l'état nutritionnel et la survie des nourrissons. La dénutrition est responsable d'environ de la moitié des décès d'enfants (Starbird et al., 2016).

La PF joue également un rôle important dans la lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles. Les méthodes barrières, comme le préservatif par exemple, réduisent à la fois le risque de grossesse non désirée et celui d'infections sexuellement transmissibles (IST) (Rédaction, 2023), lesquelles peuvent entraîner des conséquences graves telles que stérilité, maladies inflammatoires pelviennes et le cancer du col de l'utérus. La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives évite la transmission potentielle du VIH au nouveau-né (Starbird et al., 2016). Au-delà de la santé, les avantages de la planification familiale touchent aussi l'éducation et l'autonomisation. En permettant aux filles et aux femmes de retarder la première grossesse et de mieux planifier leur maternité, la PF favorise la poursuite de la scolarité, l'accès à la formation, l'entrée sur le marché de travail et la réalisation de projets éducatifs et professionnels (Starbird et al., 2016). Pour les adolescentes, elle rend possible le fait de rester sans enfant jusqu'à ce qu'elles soient, physiquement, psychologiquement et économiquement prêtes à assumer la maternité ou désirent réellement devenir mère (Starbird et al., 2016).

Au niveau des ménages et des sociétés, une fécondité mieux maîtrisée se traduit par une réduction des dépenses liées aux besoins vitaux, une amélioration des conditions de vie et de l'environnement familiale et une augmentation des investissements possibles dans la santé et l'éducation des enfants.

A l'échelle nationale, la planification familiale contribue à une croissance démographique maîtrisée avec des effets positifs sur le développement durable. A l'inverse, un accès insuffisant à la PF est associé à des grossesses non désirées, à un recours plus fréquent à l'avortement, souvent dans des conditions non sécurisées, et à des résultats défavorables pour la mère et le nouveau-né, y compris la morbidité et la mortalité liées à l'avortement (Kulczycki, 2018). Par

ailleurs, dans certains pays africains, les femmes ne peuvent pas prendre ni mettre en œuvre les décisions qui influent sur leur vie reproductive. Il est essentiel que les femmes puissent contrôler leur vie en augmentant leur capacité à choisir le nombre, le moment et l'espacement de leurs descendances ou leur capacité à décider si elles veulent avoir des enfants, ce qui comblera ce vide (Starbird et al., 2016).

2.1.3. Droit fondamental

L'Initiative Family Planning2020 (FP2020) est un mouvement mondial qui soutient le droit à la santé et, donc, le droit des femmes et des filles de décider librement et pour elles-mêmes si, quand et combien d'enfants elles souhaitent avoir (Cahill et al., 2018). La planification familiale relève ainsi à la fois de la promotion de la santé reproductive et d'un mouvement socio-politique en faveur de la reconnaissance et de la protection des droits sexuels et reproductifs. Le droit à la santé, qui inclut la santé reproductive est reconnu comme un droit fondamental, même si sa mise en œuvre concrète demeure difficile dans de nombreuses régions du monde.

Ce droit s'inscrit dans une évolution juridique et politique internationale qui s'est construite progressivement. L'article 25 de la déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, affirme le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être (Bouirbiten et al., 2023), ce qui constitue le socle du droit à la santé reproductive. Dans ce cadre, les droits humains des femmes sont définis comme « leur droit de contrôler et de décider librement et de manière responsable des questions relatives à leur sexualité [...] sans contrainte, discrimination ni violence » (Starrs et al., 2018).

Sur le plan pratique, chaque Etat est tenu de fournir des services de promotion de la santé reproductive et de planification familiale conformes aux droits humains, permettant aux individus et aux couples la liberté de décider, de manière responsable, du nombre, de l'espacement et du moment des naissances (Starrs et al., 2018). Cette exigence se traduit, au niveau des établissements de santé, par des obligations pour les professionnelles de santé de respecter les droits des usagères. Il s'agit de garantir le droit à l'information, l'accès aux services de PF, la liberté de choix de la méthode, la sécurité, le respect de son intimité, la confidentialité, la dignité, le confort, la continuité des soins et la possibilité pour les clients et clientes d'exprimer leur opinion (NORMES ET PROCEDURESEN SANTE PRODUCTION, 2017). Dans de nombreux contextes, des mesures organisationnelles ont été mises en place,

par exemple, l'aménagement de salles de consultations préservant la confidentialité ou l'utilisation des supports visuels en langue locale pour faciliter l'accès à l'information.

2.1.4. Le rôle attendu des professionnelles de santé et biais dans leurs prestations en PF

Dans beaucoup de contextes, la personne qui exerce une profession de santé occupe une position de confiance aux yeux de la population. Au Burundi, elle est souvent désignée sous le terme de « Muganga », assimilé au « médecin » dès lors qu'elle soigne, même si ce n'est pas toujours son titre officiel. Cette place symbolique confère aux professionnelles de santé un rôle central dans l'orientation des comportements de santé, notamment en matière de planification familiale.

Au Burundi, des plans stratégiques récents mettent particulièrement l'accent sur la responsabilité des professionnelles de santé à garantir un accès équitable aux services de PF, y compris en milieu rural, afin de réduire les besoins non satisfaits (*Plan d'accélération de la planification familiale 2015-2020*, s. d.). Dans cette optique, leur rôle ne se limite pas à la délivrance de contraceptifs : il implique également une écoute active des besoins, la prise en compte du contexte de vie des femmes et un accompagnement adapté dans le temps.

Pour soutenir ce rôle, certains pays, y compris de la région, recommandent des outils spécifiques de counseling, comme la méthode BERCER (Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Rendez-vous) (*NORMES ET PROCEDURES EN SANTE DE LA REPRODUCTION*, 2017). Cette approche propose d'organiser la consultation en étapes successives afin de guider les professionnelles de santé dans l'accueil, le dialogue, la transmission d'informations sur les méthodes disponibles, leurs mécanismes d'action et leurs effets secondaires ainsi que l'organisation du suivi. Elle met en avant l'importance des compétences de communication : la professionnelle de santé doit pouvoir comprendre les sentiments, les expériences et les besoins réels des patientes afin d'adapter son discours et de co-construire avec elles un choix contraceptif éclairé.

Comme le soulignent Solo et Festin, les programmes de planification familiale sont basés sur le principe du choix éclairé et visent à offrir un large éventail de méthodes contraceptives, dans le respect de l'autonomie des utilisatrices (Solo & Festin, 2019). Le rôle clé des professionnelles de santé est alors d'accroître la littératie en santé des femmes par une éducation contraceptive de qualité, en fournissant des informations suffisantes, compréhensibles et honnêtes sur les différentes méthodes et leurs effets secondaires possibles afin qu'elles soient à mesure de

prendre des décisions éclairées. Le rapport soignant-soigné reste asymétrique, mais il devrait être fondé sur l'aide, le respect et la reconnaissance de la capacité de décision des femmes.

De nombreuses études montrent toutefois que les professionnelles ne sont pas des actrices neutres dans leurs prestations : leurs représentations et leurs jugements peuvent introduire des biais qui modifient profondément la manière dont ce rôle est exercé. Le « provider bias » désigne l'ensemble des attitudes, croyances ou pratiques par lesquelles les soignants limitent ou orientent l'information et l'accès aux méthodes contraceptives en fonction des caractéristiques sociales des patientes (âge, statut marital, nombre d'enfants ou appartenance sociale, opinion du mari, etc.) (Solo & Festin, 2019).

FitzGerald et Hurst, soulignent que ces biais peuvent être justifiés par les professionnelles comme une forme de protection (protéger la jeune fille, préserver le couple, éviter des conflits familiaux), mais qui se traduisent dans les faits, par une limitation de l'autonomie contraceptive et la persistance de besoins non satisfaits (FitzGerald & Hurst, 2017).

Les obstacles à l'accès et à l'utilisation de la contraception ne sont pas uniquement d'ordre structurel ou socioculturel : ils tiennent aussi aux attitudes, croyances et pratiques des professionnelles de santé. Certains soignants peuvent refuser de prescrire des méthodes en invoquant leurs convictions religieuses ou morales, ou privilégier explicitement la « paix du couple » au détriment de la demande exprimée par la femme. La tension conjugale devient alors un enjeu thérapeutique, dans lequel la professionnelle de santé est amenée à concilier son rôle médical avec un rôle implicite de médiatrice, tout en essayant de ne pas trahir la confiance de la femme ni exacerber le conflit conjugal. Ce cadre théorique sur le rôle attendu et les biais des professionnelles de santé fournit une grille de lecture pour analyser, dans la suite de ce travail, la manière dont les professionnelles de santé exerçant en milieu rural au Burundi se positionnent face aux besoins non satisfaits des femmes vivant dans un contexte de désapprobation maritale.

Dans cette réflexion, le cadre classique de qualité des soins développé Bruce occupe une place centrale. Ce modèle conçu au début des années 1990, propose six composantes pour évaluer la qualité des services du point de vue des usagères : le choix des méthodes, l'information fournie aux clientes, la compétence technique des professionnelles, la qualité des relations interpersonnelles, les systèmes de suivi et de continuité, ainsi que l'organisation des services en fonction des besoins des clientes (Jain & Hardee, 2018). Il met explicitement l'accent sur l'expérience des usagères et souligne que la manière dont les professionnelles informent,

communiquent et se comportent avec les femmes, influence directement leur satisfaction, leur compréhension des méthodes et la poursuite de la contraception.

Des travaux récents ont révisé ce cadre en l'inscrivant dans une approche fondée sur les droits humains, en y intégrant des principes tels que l'autonomie, la non-discrimination, la confidentialité et la participation des usagers (Jain & Hardee, 2018). Dans cette optique, la qualité ne se réduit pas à la dimension technique : elle suppose que chaque femme puisse réellement accéder à un éventail de méthodes contraceptives, à une information complète et à une décision libre, sans pression ni contrainte. Les professionnelles de santé y occupent un rôle central, car ce sont leurs compétences, leurs attitudes et le soutien institutionnel dont elles disposent qui conditionnent la mise en œuvre effective de ces principes.

Le présent mémoire s'appuie sur ce cadre pour examiner comment les professionnelles de santé travaillant en zone rurale au Burundi, perçoivent et mettent en pratique ces droits reproductifs en particulier lorsque les femmes expriment un besoin de planification familiale dans un contexte de désapprobation du mari.

2.2. Revue de littérature

Ce chapitre vise à synthétiser les connaissances existantes relatives aux perceptions et pratiques des professionnelles de santé dans l'accompagnement des femmes en besoin de planification familiale. Une attention particulière est accordée au contexte du milieu rural, où la désapprobation du mari, les normes de genre et les représentations socioculturelles influencent fortement l'accès aux services et l'utilisation des méthodes contraceptives.

L'analyse des travaux antérieurs permet de comprendre comment les professionnelles de santé se positionnent face à ces situations, quelles pratiques elles mettent en œuvre et quels obstacles et ou leviers sont identifiés dans la réponse à la demande de planification familiale exprimée par les femmes. Cette revue de littérature a également pour objectif de mettre en évidence les limites et les angles morts des recherches existantes, en particulier concernant les professionnelles de santé exerçant en milieu rural et confrontées à la désapprobation maritale. Elle permettra ainsi de situer la présente étude dans le champ des connaissances actuelles et d'en justifier la pertinence, tant sur le plan scientifique que pour l'amélioration des programmes de planification familiale.

2.2.1. Planification familiale et besoins non satisfaits

La planification familiale par l'usage des méthodes contraceptives modernes est une stratégie efficace pour maîtriser la croissance démographique, devenue une préoccupation majeure à

l'échelle mondiale. Elle joue un rôle central dans la santé reproductive et la promotion des droits des femmes, en contribuant à réduire la mortalité et la morbidité liées à la grossesse et à l'accouchement, en permettant aux femmes de décider librement du nombre et du moment de leurs grossesses. L'initiative « Family Planning 2020 » (FP 2020), lancée en 2012 lors du Sommet de Londres sur la planification familiale, visait à améliorer l'accès à l'information et aux services de planification familiale volontaire et à permettre à 120 millions de femmes supplémentaires d'utiliser une méthode contraceptive moderne dans 69 pays cibles d'ici 2020 (Farid et al., 2022). Le Burundi fait partie de ces pays prioritaires et s'est doté de politiques, stratégies et directives visant à garantir que toutes les femmes et tous les hommes, y compris les jeunes, puissent accéder à l'information, à l'éducation et aux services de planification familiale, indépendamment de leur parité, de leur statut matrimonial ou de leurs croyances.

En 2015, plus de la moitié des femmes mariées ou en union en âge de procréer dans le monde recouraient à une méthode moderne (57 %), mais cette proportion était beaucoup plus faible dans les pays les moins avancés (34 %), et demeurait particulièrement faible en Afrique subsaharienne, avec seulement 24 % (Shumet et al., 2024). Dans les pays cibles de FP2020, la prévalence contraceptive moderne (PCM) chez les femmes en âge de procréer, mariées ou en union libre, atteignait 45,7% avec une augmentation de près de 29 millions de femmes utilisatrices entre 2012 et 2017 (28.8 millions) (Cahill et al., 2018).

Au Burundi, l'évaluation des engagements pris dans le cadre de l'Initiative FP 2020, montre à travers les données des enquêtes démographiques une progression de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer, passant d'environ 18% en 2010 à près de 23% en 2016-2017 (*République du Burundi. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017*, s. d.), mais le niveau reste globalement faible, notamment en milieu rural où il s'établit autour de 22 % (Farid et al., 2022).

Cette situation reflète la persistance de besoins non satisfaits en PF. Pourtant la cible 3.7 des ODD des Nations Unies vise à garantir d'ici 2030, un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale (*International partnership to boost access to reproductive healthcare*, 2023).

Depuis plusieurs années, le Gouvernement du Burundi, à travers le Programme National de Santé de la reproduction (PNSR) et avec l'appui de ses partenaires, a entrepris des actions pour rendre les services de PF plus accessibles et disponibles sur l'ensemble du territoire. Néanmoins, de nombreuses femmes en union, en particulier en milieu rural, continuent de se

heurter à des barrières multiples limitant l'accès et l'utilisation effectif de la contraception moderne.

2.2.2. Genre, rapports de pouvoir et désapprobation maritale

2.2.2.1. Normes de genre et pouvoir décisionnel dans le couple.

A côté des facteurs liés à l'offre de services, l'accès et l'utilisation de la contraception moderne peuvent être également influencés par des éléments relevant de la demande. De nombreux travaux ont mis en évidence des facteurs associés à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM).

Du côté de la demande, des travaux scientifiques ont montré que l'âge, la religion, le niveau d'instruction, l'autorisation du mari, le lieu de résidence, la peur des effets secondaires, les rumeurs influencent fortement le recours à l'utilisation de la contraception moderne (Abdel-Mahamoud et al., 2021; Bakyono et al., 2020; Esme et al., 2018; Keita, 2023; Ndayisenga & Itangishaka, 2024; Pierre et al., 2024; Singoye et al., 2024) .

Dans un contexte burundais, marqué par une vision pro-nataliste où le fait d'avoir de nombreux enfants est valorisé comme un signe de richesse ou de réussite sociale, les normes socioculturelles constituent un frein important au recours aux services de contraception (*La planification familiale est indispensable pour atteindre les objectifs de la Vision Burundi émergent en 2040 et développé en 2060 – Intumwa, s. d.*). Comme l'ont souligné Gendreau et al., l'absence de communication et de consensus au sein du couple sur l'utilisation des méthodes contraceptives peut fortement contribuer à la non-utilisation ou à l'abandon de celles-ci (Gendreau et al., s. d.). Autrement dit, la dynamique conjugale et les rapports de pouvoir au sein du couple jouent un rôle déterminant dans la traduction (ou non) des intentions contraceptives en comportements effectifs.

Les résultats d'une étude conduite au Burkina-Faso par Zoetyande et al., montrent que les femmes dont le conjoint soutient la planification familiale, présentent un niveau plus faible de besoins non satisfaits (30 %) comparées celles dont le mari y est opposé ou dont l'attitude reste inconnue (31 %) (Zoetyande et al., 2020). Ces données rejoignent de nombreux travaux en Afrique subsaharienne qui mettent en évidence que l'approbation du partenaire masculin est un déterminant majeur de l'usage de la contraception moderne, tandis que la désapprobation constitue souvent le principal frein à la demande.

En Afrique de l'Est dont fait partie le Burundi, une grande proportion d'hommes (entre 90 et 97 %) déclarent dans les enquêtes, être favorables à la planification familiale (Bonnet &

Guillaume, s. d.). Cependant, ce soutien de principe ne se traduit pas toujours dans les pratiques, révélant un écart entre les opinions déclarées et les décisions concrètes au sein du couple. Ainsi, même si plusieurs facteurs individuels et contextuels influencent le recours aux contraceptifs modernes, un grand nombre de travaux soulignent que les résistances masculines et les normes de genre qui consacrent le pouvoir décisionnel du mari constituent un frein majeur à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes au sein du couple. C'est sur cette dimension que se concentre particulièrement le présent travail de recherche (Kabagenyi et al., 2016).

2.2.2.2. La désapprobation maritale comme facteur clé des BNSF de la planification/contraception moderne

Une des raisons fréquentes de la non-utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes mariées est la désapprobation du mari. Dans de nombreux contextes africains, les femmes mariées n'ont pas toujours le pouvoir de décision sur les questions de santé les concernant, y compris lorsqu'il s'agit de leur propre fécondité. Une étude réalisée au Sénégal, montre que moins d'une femme sur dix (6,26 %), dispose d'une autonomie décisionnelle concernant sa santé, tandis que pour 80,33 % d'entre elles, c'est le mari qui prend les décisions à leur place (Sougou et al., 2020). Dans plusieurs communautés africaines, le cadre familial est structuré par des rapports inégaux de genre, conduisant à la subordination des femmes. Les normes socioculturelles qui régissent la vie familiale placent généralement l'épouse sous l'autorité du mari, et les décisions relatives à la santé peuvent également être influencées par d'autres membres de l'entourage, notamment les belles-mères et les pairs (Sougou et al., 2020). Demerre confirme dans son étude que les tensions entre une belle-fille et ses beaux-parents constituent un problème fréquent et délicat. Il montre que certains beaux-parents peinent à se détacher de leurs fils et, même après son mariage, continuent à intervenir dans ses choix de vie, en imposant leurs opinions ou en orientant ses décisions, y compris en matière de reproduction (Demerre, 2024).

Dans une étude menée en Ouganda, plusieurs hommes et femmes interrogés ont indiqué que la domination masculine ne s'arrête pas aux questions économiques : les femmes n'ont souvent pas leur mot à dire sur le nombre d'enfants, ce pouvoir étant réservé au mari (Kabagenyi et al., 2016). Cette étude souligne que parmi les facteurs qui entretiennent les besoins non satisfaits de planification familiale figure la persistance de croyances et de pratiques socioculturelles favorisant les naissances et légitimant le contrôle masculin sur la fécondité (Kabagenyi et al., 2016).

Les travaux réalisés en Tanzanie par Ilgi,B. ,montrent également l'impact de la désapprobation du mari sur les besoins non satisfaits de PF : les femmes doivent souvent obtenir l'accord de leur conjoint pour recourir aux méthodes contraceptives, ce qui contribue au maintien d'un niveau élevé de besoins non satisfaits des usagères(İlgi Bozdağ, 2015).

De même au Nigéria, une étude sur les facteurs de la faible utilisation de la contraception moderne montre que le soutien du conjoint augmente l'intention d'utiliser la PF et limite les abandons, tandis que l'opposition ou l'absence de soutien du mari démotive les femmes et favorise la persistance des besoins non satisfaits(O.A. et al., 2022). Ainsi, la désapprobation du mari apparaît comme un obstacle majeur à l'accès et à l'utilisation effective des méthodes contraceptives modernes, même lorsque les femmes souhaitaient éviter une grossesse.

Toutefois, plusieurs études dont celle de Bajos et al., soulignent que les femmes ne se situent pas uniquement dans la logique de soumission aux normes conjugales, dans certains contextes, elles refusent de se plier à l'autorité exclusive du mari ,prennent leurs propres décisions et élaborent diverses stratégies pour les faire valoir (Bajos et al., s. d.). Parmi ces stratégies, le recours secret à la contraception moderne occupe une place importante et nombreuses femmes recourent à l'usage clandestin des méthodes contraceptives pour se protéger d'une grossesse non désirée.

2.2.2.3. Utilisation secrète ou cachée de la planification familiale/contraception moderne

Dans le cadre de cette revue de littérature, l'attention est portée sur l'utilisation secrète de la planification familiale. Celle-ci peut être entendue comme l'usage de méthodes contraceptives à l'insu du mari, ou plus largement comme l'ensemble des pratiques par lesquelles les femmes contournent ou dissimulent les règles sociales qui exigent l'accord du mari pour recourir à la contraception moderne. Cette utilisation clandestine est difficile à observer, puisqu'elle repose sur des stratégies visant à échapper aux normes et aux contrôles conjugaux et familiaux.

Baiden et al. définissent l'utilisation secrète de contraceptifs modernes comme la pratique consistant à utiliser une méthode de planification familiale(PF) à l'insu du mari ou du partenaire (Baiden et al., 2016). Selon ces auteurs, cette pratique est courante chez les femmes en Afrique subsaharienne et est étroitement liée au degré d'autonomie dont elles disposent dans leurs choix reproductifs. Elle est particulièrement fréquente dans les sociétés rurales dominées par les hommes, avec des estimations de prévalence allant , selon les contextes et les méthodes de mesure, de 6% à plus de 50% des utilisatrices (Baiden et al., 2016). Cette forte prévalence

suggère que l'utilisation clandestine s'inscrit souvent dans un contexte relationnel marqué par des difficultés de communication au sein du couple.

Dans ce cadre, les études montrent que les femmes recourent à la contraception en secret, pour préserver la paix au sein du foyer, éviter des tensions ou des conflits ouverts, mais aussi par crainte d'une opposition explicite du mari à la contraception. A l'inverse, les risques associés à la découverte de cet usage secret peuvent être importants : violence conjugale, retrait du soutien économique, accusation d'infidélité, ou encore suspicion autour des effets secondaires de la méthode contraceptive (Baiden et al., 2016; Kibira et al., 2020). Dans ce sens, l'utilisation en secret peut être perçue comme une tricherie, une transgression des normes sociales ou comme une désobéissance à l'autorité du mari, remettant en cause l'ordre patriarcal et le pouvoir décisionnel masculin en matière de procréation (Kibira et al., 2020). Kibira et al. notent également que cette pratique est souvent socialement sanctionnée et peut entraîner une augmentation de la méfiance, des menaces ou des violences, même si dans certains cas, elle peut aussi, lorsqu'elle est découverte, ouvrir des espaces de négociation et rendre la discussion possible au sein du couple (Kibira et al., 2020).

Une étude menée par Affo et al. montre dans cette perspective que la demande clandestine de la contraception en cas de désapprobation du mari peut avoir des répercussions significatives sur la dynamique conjugale, allant de la détérioration de la relation au divorce, voire à la polygamie lorsque l'usage secret est découvert (Affo et al., s. d.). Malgré ces enjeux, cette pratique reste peu documentée dans de nombreux pays africains, notamment au Burundi.

A ce jour, aucune étude ne s'est spécifiquement centrée sur l'usage secret de la contraception moderne dans ce pays, même si plusieurs travaux décrivent le poids des rapports de genre et des normes conjugales qui limitent la marge de manœuvre des femmes et les empêchent souvent de recourir à la contraception moderne sans l'accord du mari. Ces contraintes relationnelles et sociales favorisent le développement de comportements discrets ou non déclarés en matière de contraception moderne (Bahimana & Rwenge, 2021; Régis, 2023).

Dès lors, en l'absence d'études directement consacrées à la « contraception secrète » au Burundi, il est possible d'en inférer l'existence à partir des recherches portant sur les barrières de la non-intention d'utiliser la contraception. Tout comme la prévalence d'une utilisation secrète des contraceptives modernes, l'état des lieux reste lacunaire en Afrique subsaharienne sur les préférences contraceptives des femmes qui ont recours à l'usage clandestin. Cependant, dans des contextes où des données sont disponibles, notamment au Ghana, les méthodes

privilegiées dans le cadre d'un usage discret sont les injectables, les dispositifs intra-utérins(DIU),les pilules et les implants, davantage que les préservatifs(masculins ou féminins), les comprimés moussants ou les diaphragmes, qui nécessitent souvent la coopération ou la sensibilisation du mari pour une utilisation efficace(Baiden et al., 2016). Des résultats similaires sont rapportés au Kenya, où les injectables et les implants figurent parmi les méthodes modernes les plus utilisées ,y compris dans un cadre d'usage discret (Akoth et al., 2021).

Le recours clandestin à la contraception moderne peut ainsi conduire certaines femmes à privilégier des méthodes contraceptives qui ne répondent pas toujours à leurs préférences ou à leurs besoins biologiques, surtout en cas de rupture de stock des méthodes choisies. Cette inadéquation peut favoriser les abandons, les effets secondaires mal tolérés ou une utilisation irrégulière, avec pour conséquence possible le maintien d'un niveau élevé de besoins non satisfaits. Ces situations soulèvent dès lors la question de qualité de l'offre de services et le rôle effectif des professionnelles de santé dans l'accompagnement des utilisatrices.

2.2.3. Offre, qualité des soins, rôle réel et posture des professionnelles de santé en PF

L'importance accordée à la qualité des soins en matière de planification familiale, affirmée lors de la conférence internationale sur la population et le développement CIPD) de 1994, continue de guider les programmes de PF (Jain & Hardee, 2018). L'offre de service repose aujourd'hui sur une approche centrée sur la personne, qui vise à garantir le respect des droits, des besoins et des préférences des usagères et l'objectif de cette revue est d'évaluer la qualité de soins offerts en adéquation avec le cadre de Jain et Hardee. Le concept de qualité, introduit dès les travaux de Bruce puis révisé par Jain et Hardee, demeure une référence majeure dans les cadres fondés sur les droits en santé reproductive et en planification familiale.

Toutefois, au-delà de ces principes et du rôle attendu des professionnelles de santé, de nombreuses études soulignent l'existence d'obstacles persistants à la satisfaction des besoins de PF. Ces obstacles sont souvent directement liés à l'offre de services elle-même ainsi qu'aux pratiques et attitudes des professionnelles de santé. Des travaux récents ont documenté plusieurs dimensions de l'offre qui entravent la satisfaction des besoins contraceptifs : information insuffisante, organisation des services, temps d'attente, qualité de l'accueil ou encore disponibilité des méthodes.

Dans les zones rurales ou à faibles ressources, l'offre de certaines méthodes contraceptives reste limitée, et la qualité des soins est parfois jugée insuffisante. Des préjugés ou réticences de la part des professionnelles de santé peuvent aussi conduire à décourager l'utilisation de certaines

méthodes (*Family planning/contraception methods*, s. d.). Bonnet et Guillaume soulignent de leur côté que les types de soins prodigués aux femmes en union dépendent largement de la qualification des professionnelles de santé et des conditions d'accès aux services de PF (Bonnet & Guillaume, s. d.). Dans cette même perspective, les résultats d'une étude d'Ayale Ferede et al. montrent que plusieurs éléments influencent la satisfaction des clients vis-à-vis des services de PF : réduction des temps d'attente, protection de la vie privée, horaires adaptés, niveau d'éducation des clients, information sur les effets secondaires potentiels et fourniture d'une information complète (Ayale Ferede et al., 2025). L'étude de Liyeh et al. indique que les femmes n'ayant pas bénéficié de counseling en PF avaient 2.59 fois plus de risque d'arrêter leur contraception que celles qui en avaient bénéficié. De même, les femmes insatisfaites des services avaient 4.67 fois plus de risques d'interrompre l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne que celles qui se déclaraient satisfaites (Liyeh et al., 2025). Dans leur pratique, les professionnelles de santé sont donc invitées à adopter une posture bienveillante dans la relation soignant-soignée. De nombreuses études montrent que les compétences en communication font partie de compétences les plus déterminantes : elles permettent de comprendre les sentiments, les expériences et les besoins réels des clientes, et d'y répondre de manière adaptée (Moudatsou et al., 2020). Ces observations rejoignent celles de Fataar et al., qui mettent en évidence le rôle de la formation continue en santé sexuelle et reproductive qui renforce la confiance des professionnelles de santé et améliore la qualité des services de contraception, tandis que des insuffisances de connaissances ou de formation fragilisent leur assurance dans la prescription des méthodes et limitent l'efficacité de leur pratique (Fataar et al., 2022). Cette capacité est particulièrement cruciale dans les situations délicates, telles que les désaccords conjugaux autour de la planification familiale, où une communication empathique et respectueuse peut favoriser l'usage et la continuité contraceptive.

Cependant, ces qualités relationnelles ne suffisent pas toujours à compenser les limites structurelles de l'offre de soins. Dans les zones rurales ou à faibles ressources, la disponibilité réduite de certaines méthodes, la qualité parfois insuffisante des services et la présence de préjugés ou d'attitudes négatives de la part de certaines professionnelles de santé peuvent freiner l'accès à une PF de qualité (Shukla et al., 2020). Combiné à un manque de formation en communication et en approche centrée sur la personne, ces facteurs peuvent finir par dissuader les femmes plutôt que de soutenir leur droit à un choix libre et éclairé. Ainsi, la qualité réelle de l'offre de services, telle qu'elle est perçue et vécue par les usagères, dépend étroitement des pratiques concrètes des professionnelles de santé. Ces constats invitent à analyser de près leurs

perceptions, leurs postures et leurs modalités d'action, en particulier dans le contexte où les femmes se heurtent à la désapprobation du mari, afin de comprendre dans quelle mesure ces pratiques contribuent soit à lever, soit à renforcer les obstacles aux besoins non satisfaits en planification familiale.

2.2.4. Les Perceptions et les pratiques des professionnelles de santé en matière de planification familiale.

2.2.4.1. Les perceptions des professionnelles vis-à-vis de la planification familiale

Cette sous-section porte sur les représentations et jugements des professionnelles de santé à propos de la PF et de ses usagères. Les perceptions des professionnelles de santé jouent un rôle central dans la manière dont la PF est pensée et mise en œuvre dans les services. Loin d'être neutres, elles sont façonnées par les normes sociales, les valeurs religieuses, les représentations de la sexualité, ainsi que par les politiques de santé auxquelles les professionnelles de santé sont exposées. Plusieurs études menées en Afrique subsaharienne montrent que les professionnelles de santé développent des jugements à la fois sur les méthodes contraceptives (jugées plus ou moins efficaces, plus ou moins « dangereuses ») et sur les femmes elles-mêmes (en fonction de leur âge, de leur parité, de leur statut matrimonial) qui y recourent, et que ces jugements influencent directement leurs décisions cliniques (Solo & Festin, 2019).

Les méthodes contraceptives ne sont pas perçues de façon uniforme par les professionnelles. Certaines sont considérées comme plus efficaces ou plus adaptées à certains profils, notamment les méthodes de longue durée d'action comme les implants ou le DIU, souvent promues par les programmes de santé. Parallèlement, des craintes persistent concernant leurs effets secondaires, supposés ou réels (infertilité, saignements abondants, dérèglement du corps), ce qui conduit certaines professionnelles à se montrer réticentes à les proposer à certaines catégories de femmes, en particulier les adolescentes ou les femmes sans enfant (Solo & Festin, 2019). Ces perceptions, nourries à la fois par des expériences cliniques et des croyances personnelles, peuvent aboutir à une offre partielle ou biaisée de méthodes, réduisant concrètement le choix disponible pour les usagères (Solo & Festin, 2019).

Les perceptions des professionnelles de santé varient également selon l'âge, le statut matrimonial et la parité des usagères. Plusieurs travaux montrent que les jeunes, surtout lorsqu'ils ne sont pas mariés, sont souvent perçus comme des usagers « à risque moral », dont la demande de contraception serait le signe d'une sexualité irresponsable ou prématurée. Cette vision contribue à des attitudes moralisatrices, voire à des refus de service, qui limitent l'accès des adolescentes et des jeunes adultes aux services de PF (Solo & Festin, 2019). De même, les

femmes nullipares sont parfois perçues comme ne devant pas utiliser la contraception avant d'avoir eu au moins une grossesse, ce qui se traduit par des réticences à leur proposer certains moyens de contraception moderne, notamment de longue durée (Wagner et al., 2025). De manière plus générale, les inégalités en santé, liées au genre, à l'âge ou au statut social, sont associées à des perceptions négatives de certaines catégories de patientes, qui se traduisent par une offre de services de moindre qualité (Wagner et al., 2025).

Les perceptions en matière de PF ne sont pas homogènes d'une professionnelle de santé à l'autre. Certaines se positionnent comme des « gardiennes » de la morale sexuelle et familiale et jugent légitime de filtrer l'accès à la contraception en fonction de critères sociaux ou moraux (statut matrimonial, nombre d'enfants, accord du mari). Les perceptions négatives des professionnelles sont alors identifiées comme des déterminants importants des besoins non satisfaits en PF, en limitant l'accès à certaines méthodes ou en retardant l'initiation contraceptive (Sully et al., 2020). A l'inverse, les professionnelles de santé dont les perceptions de la PF sont positives adoptent des attitudes plus favorables à la contraception, adhèrent davantage aux principes des droits sexuels et reproductifs (liberté de choix, respect de l'autonomie des femmes) et contribuent à réduire les besoins non satisfaits, notamment lorsqu'elles travaillent dans des contextes où la PF est soutenue par les politiques de santé (Sentamba & Nsavyimana, 2025). Ces attitudes sont-elles mêmes influencées par la formation reçue, l'environnement de travail, mais aussi la religion et le milieu socioculturel dans lequel les professionnelles de santé exercent.

Dans l'ensemble, la littérature montre que les perceptions des professionnelles de santé en PF peuvent soit renforcer les objectifs de santé reproductive lorsqu'elles sont alignées sur une approche respectueuse des droits et de la diversité des situations, soit, au contraire, constituer des barrières importantes à l'accès à la contraception pour certains groupes de femmes, en légitimant des restrictions implicites ou explicites à l'offre de services. Cette dimension est particulièrement cruciale dans les contextes où les rapports de genre sont fortement asymétriques et où la demande de PF est déjà socialement contestée, notamment dans les couples où le mari désapprouve la contraception.

Dans ce travail, il s'agira donc d'explorer dans quelle mesure ces perceptions influencent la qualité de l'accueil, la nature de l'information donnée, le type de méthodes proposées ou, dans certains cas, le refus de service, lorsque les femmes demandent une méthode de PF malgré la désapprobation de leur mari.

2.2.4.2. Pratiques des professionnelles de santé en PF

Cette sous-section décrit les comportements concrets des professionnelles de santé dans leurs prestations de services en planification familiale. Les pratiques renvoient ici à l'ensemble des gestes et décisions posés en situation de consultation, depuis l'accueil jusqu'au suivi des utilisatrices. Elles résultent d'une interaction entre, d'une part, les perceptions, normes et valeurs des professionnelles de santé, et, d'autre part, les contraintes organisationnelles et matérielles qui structurent l'offre de soins. Les travaux de Schuller et al., montrent que les pratiques des soignants en santé reproductive sont le fruit d'un compromis entre différentes contraintes, notamment celles liées à leurs propres représentations (Schuller, 2018).

La littérature sur la PF en Afrique subsaharienne montre que ces pratiques peuvent soit faciliter l'accès à la contraception et la qualité de l'accompagnement, soit, au contraire, constituer de véritables barrières pour certaines catégories de femmes. Par exemple, Wagner et al. ont mis en évidence que, dans certains contextes, les femmes hispaniques et noires de faible statut socio-économique sont plus susceptibles de se voir recommander une contraception intra-utérine que les femmes blanches ayant un statut comparable, ce qui suggère des inégalités d'accompagnement et montre que les recommandations des professionnelles de santé ne sont pas neutres (Wagner et al., 2025).

Les pratiques de discrimination, de jugement moral et de restrictions de l'accès à certaines méthodes contraceptives sont également bien documentées. Des études menées en milieu urbain et rural montrent que certaines professionnelles adoptent des attitudes défavorables envers les adolescentes, les femmes célibataires ou celles qui demandent la contraception sans l'accord explicite du mari. Ces attitudes se manifestent par des remarques moralisatrices, des refus de service, une orientation vers d'autres structures ou encore imposition des « critères » qui ne sont pas médicalement justifiés comme : âge minimum, nombre d'enfants, statut matrimonial, exigence de consentement du mari pour certaines méthodes, ce qui peut décourager les femmes de revenir (Newmann et al., 2013; Solo & Festin, 2019) et contribue à maintenir des besoins non satisfaits élevés en PF, malgré la disponibilité théorique des services. Ces pratiques ne reflètent pas uniquement des positions individuelles ; elles s'inscrivent dans un contexte social où la sexualité féminine, surtout hors mariage, reste fortement contrôlée, et où la demande de PF peut être perçue comme déviante.

Les pratiques de conseil et de communication constituent une autre dimension centrale. En principe, le counseling en PF devrait permettre de présenter l'ensemble des méthodes

disponibles, leurs avantages et leurs effets secondaires possibles, afin de soutenir une décision réellement éclairée. Cependant, plusieurs travaux comme ceux recensés par Manzer et al. Montrent que le conseil est parfois orienté vers la promotion de certaines méthodes jugées prioritaires par les programmes (par exemple les méthodes de longue durée d'action), au détriment d'une information équilibrée (Manzer et al., 2024). Ces auteurs parlent de « conseil directif »(Manzer et al., 2024) qui s'oppose à une décision partagée ou co-construite. Par ailleurs, la surcharge de travail, le manque de temps et l'insuffisance de formation en communication contribuent à des consultations brèves, au cours desquelles les préférences, les craintes et les contraintes des femmes sont peu explorées.

2.2.5. Obstacles et facteurs favorisant la prestation de services en contraception moderne

Le lieu de prestation des services représente le niveau opérationnel le plus proche des bénéficiaires, là où se produisent les interactions directes entre professionnelles de santé et usagères. C'est à ce niveau que peuvent se manifester des insuffisances d'accompagnement ou des atteintes aux droits en matière de santé, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. Dans ce contexte, l'analyse des obstacles et des facteurs favorisant la prestation de services de planification familiale apparaît essentielle.

2.2.5.1. Obstacles à la prestation de services en contraception moderne

La littérature montre que, même lorsque les services de PF existent, de nombreux obstacles limitent la qualité et l'accessibilité de la contraception moderne. Ces obstacles se situent à plusieurs niveaux : au niveau des professionnelles de santé, de l'organisation des services et du contexte social et relationnel(Bonnet & Guillaume, s. d.; *Family planning/contraception methods*, s. d.).

Du côté des professionnelles de santé , des études en Afrique subsaharienne mettent en évidence des pratiques consistant à restreindre l'accès à certaines méthodes contraceptives, en particulier pour des catégories spécifiques de femmes, comme les adolescentes, les femmes non mariées y compris celles en situation de désapprobation maritale (Manzer et al., 2024) .Dans la même perspective, des recherches utilisant des « clientes mystères » ou des entretiens avec les usagères et les prestataires ont documenté des formes de soins irrespectueux : cris, réprimandes, refus de laisser les patientes s'exprimer ou décrire leurs effets secondaires, préférence accordée aux femmes mariées au détriment d'autres profils (Silumbwe et al., 2018). Ces expériences négatives peuvent décourager les femmes de revenir, les pousser à interrompre la contraception ou à se tourner vers des pratiques moins sûres (Mannava et al., 2015).

D'autres obstacles tiennent à la qualité du conseil et de l'information fournie. Plusieurs travaux montrent que les consultations sont parfois rapides, centrées sur un nombre restreint de méthodes, avec peu d'explications sur les effets secondaires, la gestion des effets indésirables ou la possibilité de changer de méthode. Le défaut d'information complète est souvent lié à un manque de temps, à la surcharge de travail ou à l'absence de protocoles clairs pour le counseling (Manzer et al., 2024).

Au niveau du système de santé, les contraintes structurelles jouent un rôle majeur : pénurie du personnel soignants, impossibilité de proposer la pose de certaines méthodes le même jour, absence de protocoles formalisés de conseil et de suivi, ruptures de stock fréquentes, horaires d'ouverture peu adaptés, longues files d'attente (Manzer et al., 2024). Ces éléments limitent l'offre effective de services, même lorsque la PF est officiellement disponible.

Enfin, le contexte socioculturel et relationnel constitue un niveau d'obstacles fréquemment mentionné. Les normes de genre qui valorisent la grande fécondité, la décision masculine en matière de reproduction, la désapprobation du mari, de la belle famille ou de certains leaders religieux peuvent se traduire par des interdictions, des conflits ou des violences (Newmann et al., 2013). Face à ces risques, certaines professionnelles de santé peuvent choisir de ne pas offrir les prestations requises, de différer la délivrance de méthodes contraceptives modernes ou de renvoyer la décision au mari, ce qui contribue à maintenir des besoins non satisfaits, en particulier chez les femmes qui souhaitent recourir à la contraception malgré la désapprobation maritale.

2.2.5.2. Facteurs favorisant la prestation de services en contraception moderne

En parallèle des obstacles, la littérature identifie plusieurs facteurs qui peuvent faciliter la prestation de services et améliorer l'accès à la contraception moderne. Ces facteurs concernent à la fois l'organisation des services, les attitudes et compétences des professionnelles de santé et l'implication de la communauté.

Du côté des prestataires, Manzer et al. recensent parmi les facteurs favorisant, la capacité à établir des relations interpersonnelles solides et de confiance, ainsi que l'adaptation des conseils aux besoins des clientes (Manzer et al., 2024). Les programmes de formation continue qui renforcent les compétences techniques (pose d'implants, DIU, gestion des effets secondaires) et les compétences en communication (écoute, counseling centré sur la cliente, respect de la confidentialité) contribuent également à améliorer la qualité de l'accompagnement (Pazol et al., 2015). Lorsque les professionnelles de santé disposent de connaissances actualisées et se

sentent soutenues par leur hiérarchie, elles sont plus enclines à proposer un éventail diversifié de méthodes et à respecter le choix des femmes. Fataar et al., dans leurs travaux, indiquent que la formation continue en santé sexuelle et reproductive joue un rôle déterminant dans le renforcement de la confiance des professionnelles de santé et dans l'amélioration de la qualité des services de contraception. A l'inverse, des lacunes de connaissances et de formation fragilisent leur assurance et limitent l'efficacité de leur pratique (Fataar et al., 2022).

La mise en place de services centrés sur les besoins des usagers constitue un autre levier important. Des études montrent que des horaires adaptés, des espaces accueillants pour les jeunes, la garantie de la confidentialité et l'absence de jugement favorisent la fréquentation des services de PF. L'intégration de la planification familiale dans d'autres points de contact du système de santé (soins prénatals, post partum, vaccination des enfants, services VIH) augmente les occasions de proposer la contraception et réduit les coûts de déplacement pour les femmes (Newmann et al., 2013).

Sur le plan du système de santé, l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement et de la disponibilité des produits est un facteur facilitant clé. Lorsque les ruptures de stock sont rares et que la gamme de méthodes contraceptives est complète, les professionnelles de santé peuvent réellement offrir un « libre choix » et adapter la méthode aux préférences et à la situation de chaque femme. Des innovations organisationnelles, comme le recours aux agents de santé communautaires, constituent également des leviers importants dans la promotion de la PF (*Délégation des tâches dans le domaine de la planification familiale au Burkina Faso : qualité des services offerts par le délégataire* | *Revue médicale panafricaine*, s. d.; Yirgu et al., 2020). Dans plusieurs contextes africains, ces acteurs communautaires jouent un rôle croissant dans l'offre de PF (distribution de pilules, d'injectables, sensibilisation), avec une plus grande proximité avec les communautés et une meilleure accessibilité pour les populations éloignées (Burkina Faso, Éthiopie, etc.) (Kok et al., 2020). Les cliniques mobiles et les campagnes de proximité, lorsqu'elles existent, contribuent aussi à rapprocher les services des populations éloignées et à réduire les barrières géographiques.

La mobilisation communautaire et l'implication des hommes apparaissent également comme des éléments facilitateurs de plus en plus reconnus. Davis et al. montrent que les interventions qui engagent les leaders communautaires et religieux, qui sensibilisent les couples et qui incluent les hommes dans les activités d'information sur la PF peuvent réduire la stigmatisation et les oppositions au sein des communautés (Davis et al., 2016). Lorsque les normes évoluent vers une plus grande acceptation de la PF et un partage des décisions reproductives, il devient

plus facile pour les professionnelles de santé d'offrir des services sans que les femmes craignent des sanctions sociales, y compris pour celles qui, autrement, seraient tentées de recourir à la contraception en secret.

Enfin, les approches fondées sur les droits et la qualité des soins constituent un cadre global facilitateur. Les programmes qui mettent l'accent sur le respect de l'autonomie des femmes, le consentement éclairé, la confidentialité, l'absence de jugement et la lutte contre les discriminations contribuent à instaurer un climat de confiance entre les femmes et les services de PF. Dans un tel cadre, les professionnelles de santé sont mieux outillées et plus légitimées pour soutenir les demandes de contraception, y compris lorsque celles-ci s'inscrivent dans un contexte de désapprobation du mari.

2.2.6. Besoins non satisfaits en contexte spécifique du burundais et lacune de la littérature

Depuis 1983, le Gouvernement du Burundi s'est inscrit dans une logique néo-malthusienne visant à lutter contre la « surpopulation » (Pierre et al., 2024). Malgré ces efforts et les politiques de promotion de la planification familiale, le pays affiche encore l'un des taux de fécondité les plus élevés et une transition contraceptive lente. Au Burundi, la fécondité reste toujours élevée et se situe au-dessus de la moyenne de l'Afrique subsaharienne, estimée à 4,7 enfants par femme, et avec des niveaux particulièrement élevés en milieu rural (Sindayihebura J.F.R., Bouba Djourdebbe F., Nganawara D., Manirakiza D., Ndayitwayeko et al., s. d.). Cette situation contribue à la persistance des besoins non satisfaits en PF, malgré les efforts déployés pour améliorer l'accès aux services. Certaines études montrent que les besoins non satisfaits en PF concernent particulièrement les femmes en âge avancé, ayant une fécondité élevée (7 enfants survivants ou plus), qui passent de longues périodes sans recours à la contraception moderne et connaissent des grossesses répétées (Sindayihebura J.F.R., Bouba Djourdebbe F., Nganawara D., Manirakiza D., Ndayitwayeko et al., s. d.). A ces profils, s'ajoutent les femmes dont le mari désapprouve la contraception moderne, la désapprobation conjugale étant un facteur bien identifié de besoins non satisfaits en PF dans la littérature.

Sur le plan socioculturel, le Burundi partage avec d'autres pays de la région une forte valorisation de la maternité et des familles nombreuses, soutenue par des normes de genre où la décision en matière de reproduction et de PF revient largement au mari ou au chef de famille (Bahimana & Rwenge, 2021). Dans de nombreux contextes ruraux, la femme est socialement tenue de répondre aux attentes familiales en matière de fertilité. Des études qualitatives menées en milieu rural burundais ont mis en évidence des croyances négatives autour de la

contraception (peur de la stérilité, des effets secondaires, soupçon d'infidélité), ainsi qu'une forte crainte des conflits conjugaux, des violences ou du rejet en cas d'usage de la PF sans accord du mari (Melino Ndayizigiye, MD, s. d.). Ce contexte contribue à expliquer la persistance d'un niveau élevé de besoins non satisfaits, en particulier chez les femmes mariées qui souhaitent espacer ou limiter les naissances mais se heurtent à la désapprobation de leur mari ou de leur entourage. Certains travaux suggèrent que, dans ces situations, les femmes peuvent recourir à des pratiques d'usage discret ou clandestin de la PF, parfois avec le soutien de professionnelles de santé ou d'agents de santé communautaires (Melino Ndayizigiye, MD, s. d.), mais ces dynamiques restent encore peu documentées de manière systématique au Burundi.

Du côté de l'offre de services, le pays a mis en œuvre, avec l'appui de ses partenaires, des politiques visant à améliorer l'accès à la PF, notamment par l'extension du paquet de services en première ligne, la gratuité de certains soins maternels et infantiles et l'augmentation de la disponibilité des méthodes modernes dans les structures publiques. Toutefois, plusieurs analyses signalent que la qualité de l'accompagnement reste inégale, en raison de la pénurie de personnel qualifié, de la surcharge de travail, de ruptures de stock et de lacunes dans la formation continue en PF, en particulier dans les districts ruraux (Melino Ndayizigiye, MD, s. d.).

Les travaux portant sur les déterminants des besoins non satisfaits en PF au Burundi insistent par ailleurs sur l'importance du niveau d'éducation, de la pauvreté, de la communication conjugale et de l'implication des hommes, mais évoquent relativement peu le rôle concret des professionnelles de santé dans la gestion des demandes de PF en contexte de désapprobation maritale (Bahimana & Rwenge, 2021; Nzokirishaka & Itua, 2018). Une étude qualitative conduite en milieu rural met en avant l'influence des croyances locales et de la dépendance économique des femmes sur l'usage de la PF, tout en suggérant que les professionnelles de santé peuvent parfois contribuer à lever certains obstacles, notamment par la mobilisation de leaders religieux et d'acteurs communautaires (Hakizimana & Odjidja, 2021; Melino Ndayizigiye, MD, s. d.). Néanmoins, la plupart de ces études abordent surtout les femmes et les couples comme unités d'analyse, et beaucoup moins les professionnelles de santé elles-mêmes comme actrices prises dans des contraintes institutionnelles, culturelles et morales spécifiques.

Ainsi, le contexte burundais se caractérise par la combinaison de besoins non satisfaits de PF encore importants, de normes de genre et de rapports conjugaux qui limitent l'autonomie reproductive des femmes, et de services de PF marqués par des défis de qualité et

d'accessibilité, surtout en milieu rural. Dans ce cadre, les professionnelles de santé du premier échelon, telles que celles du district sanitaire de Bukinanyana, occupent une position stratégique : elles sont à la fois tenues de répondre aux attentes du système de santé (réduire les besoins non satisfaits, promouvoir la PF) et confrontées aux pressions socioculturelles et conjugales qui s'exercent sur les femmes qu'elles reçoivent. Or, la manière dont ces professionnelles perçoivent et gèrent les demandes de PF des femmes mariées lorsqu'elles se heurtent à la désapprobation du mari reste très peu explorée par la littérature existante au Burundi.

Cette spécificité du contexte justifie l'intérêt d'une étude qualitative centrée sur les perceptions et les pratiques des professionnelles de santé en milieu rural. Il s'agit de mieux comprendre comment elles interprètent leurs rôles, quelles stratégies elles développent face aux résistances conjugales et dans quelle mesure leurs pratiques contribuent à réduire ou, au contraire, à maintenir les besoins non satisfaits de PF des femmes. Les résultats obtenus pourront éclairer la conception d'interventions en PF plus sensibles aux réalités socioculturelles locales et aux conditions de travail des professionnelles de santé dans les districts ruraux du pays.

Au Burundi, les études portant spécifiquement sur les perceptions et les pratiques des professionnelles de santé face à la demande de planification familiale des femmes dans un contexte de désapprobation du mari restent limitées. Celles qui existent explorent le plus souvent ces questions à travers les perspectives des hommes et des femmes, sans se centrer sur les professionnelles de santé elles-mêmes. On peut citer, par exemple, une étude réalisée à Kayanza et Makamba par (Niyongabo et al., 2018), qui aborde le rôle des acteurs de santé sans analyser en détail leurs pratiques quotidiennes. Cette lacune empirique justifie la réalisation de la présente étude, qui vise à documenter de manière approfondie les perceptions et les pratiques que les professionnelles de santé mobilisent au quotidien dans l'accompagnement des femmes en contexte de désapprobation du mari, plus particulièrement dans le district sanitaire de Bukinanyana au Burundi.

Sur le plan de la littérature, la présente revue mobilise principalement des travaux publiés à partir de 2015 pour garantir l'actualité des données mobilisées. Toutefois, certaines sources antérieures à 2015, ont été également retenues en raison de leur pertinence scientifique. Le choix de conserver ces références plus anciennes se justifie par leur caractère conceptuel et fondateur dans le champ étudié (par exemple les cadres de qualité des soins en planification familiale ou les premières conceptualisations du « provider bias »), ainsi que par la rareté de travaux plus récents portant spécifiquement sur le contexte burundais ou sur certaines dimensions particulières (telles que l'utilisation clandestine de la contraception moderne ou les

profils de femmes ayant des besoins non satisfaits en PF dont celles en désapprobation du mari). Ces références ont été utilisées de façon complémentaire aux études récentes, afin de fournir un cadre conceptuel solide et de situer les résultats empiriques dans la continuité des recherches antérieures.

CHAPITRE III : MATERIEL ET METHODES

Ce chapitre présente la démarche méthodologique adoptée pour aboutir aux résultats escomptés. Il précise le type d'étude, le cadre et la population d'étude, la sélection des participants, les outils de collecte des données, les méthodes d'analyse ainsi que les considérations éthiques ayant encadré la recherche. Cette description vise à garantir la rigueur scientifique du travail et à permettre la reproductibilité des résultats.

3.1.Type et approche de l'étude

Une approche qualitative a été privilégiée dans notre étude afin de mieux comprendre les perceptions, les pratiques des professionnelles de santé face à la demande de planification familiale exprimée par les femmes en contexte de désapprobation du mari dans le district sanitaire de Bukinanyana, au Burundi.

Selon Martyn Hammersley, la recherche qualitative repose sur la collecte et l'analyse de données non structurées (texte, sons, images, observations, entretiens), recueillis le plus souvent en contexte naturel ou lors des entretiens accompagnés des transcriptions, et qui vise à produire des descriptions et des explications interprétatives en langage naturel plutôt que des statistiques, mesures ou chiffres. La logique sous-jacente est celle de la compréhension : il s'agit de construire du sens à partir des matériaux recueillis, en étudiant les significations, les actions et les expériences des personnes dans leur contexte habituel, à partir de données essentiellement non numériques(Hammersley, 2024).

3.2.Cadre et période d'étude

L'étude a été menée dans le contexte rural du Burundi, caractérisé par un ancrage important des normes socioculturelles et religieuses influençant les comportements reproductifs, ainsi que par des contraintes d'accès aux services de santé. Les participantes exercent dans des structures sanitaires situées dans la zone rurale des communes Bukinanyana et Murwi du DS Bukinanyana, incluant des centres de santé publics et privés. Les sites ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage raisonné fondé sur des données quantitatives existantes. La province de Cibitoke présente un taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes d'environ 15% chez les femmes en union (ISTEEBU-BURUNDI, 2018).

Majoritairement rurale et vivant principalement de l'agriculture, la population de la province sanitaire de Cibitoke fait face à des difficultés d'accès aux soins et à des vulnérabilités sanitaires récurrentes, ce qui en fait un terrain pertinent pour documenter les obstacles concrets à la planification familiale, en particulier la désapprobation du mari ainsi que les perceptions et les

pratiques des professionnelles de santé. Au sein de cette province, le district sanitaire de Bukinanyana illustre particulièrement ces enjeux. Il comprend 24 formations sanitaires (FOSA), dont 17 publiques, 6 privées et 1 confessionnelle pour une population estimée à 261 944 habitants en 2024. La prévalence contraceptive y était estimée à 15,60% la même année (Rapport SIS Bukinanyana). Etudier ce district permet de voir concrètement comment les politiques nationales de PF se traduisent sur le terrain dans un contexte rural fortement contraint. Ces structures emploient dans l'ensemble 138 professionnelles de santé, dont 80 sont impliquées dans les activités de planification familiale. Les agents de santé communautaires (ASC) et les techniciens de promotion de la santé (TPS) sont chargés de la sensibilisation de la communauté. A l'exception de la FOSA confessionnelle, qui ne propose que des méthodes naturelles (non rapportées), l'ensemble des FOSA offrent une gamme de méthodes contraceptives modernes : implants, DIU, contraceptifs oraux combinés, injectables et pilule du lendemain. Seuls l'hôpital de Ndora et son centre communautaire proposent en plus une méthode définitive (stérilisation) (Voir Tableau ci-dessus).

Le choix des centres de santé où recruter les professionnelles de santé n'a pas été fait au hasard. Les données de routine du district (rapport SIS 2024) ont permis de classer les centres de santé selon leur niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes en trois groupes : faible, moyen et élevé. Les seuils retenus pour définir ces niveaux ont été établis en fonction des différences observées entre les taux d'utilisation de la contraception moderne dans le district, de façon à distinguer les structures les moins performantes, celles situées autour de la moyenne et celles présentant les meilleures performances en matière de PF. Afin de saisir des contextes contrastés, quinze structures de santé du district sanitaire de Bukinanyana ont été sélectionnées par échantillonnage raisonné, sur la base de deux critères principaux : le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM) et le statut (public/privé). Cinq centres de santé présentent un faible niveau d'utilisation (Amagarameza, Buzirasazi, Rusenda, Buhindo et Ubuzima Bwiza), cinq, un niveau moyen (Rugano, Dusenga, Kabere, Sehe et Manege) et cinq, un niveau élevé (Imisuhuko, hôpital communal de Bukinanyana, Nderama, Kivumvu et Butara). Dans chaque structure, les professionnelles de santé impliquées dans la PF (sage-femmes, infirmier A0, techniciennes médicales assurant la PF) ont été interviewées, en privilégiant celles qui sont directement en contact avec les femmes. Les quinze centres ont ainsi été classés en trois catégories (faible, moyen, élevé) selon leur taux d'utilisation des MCM au cours de l'année 2024, puis contactés pour le recrutement des participantes. Les détails chiffrés par structure sont présentés dans le tableau

suivant. Cette stratégie de variation maximale permet d'explorer la manière dont les perceptions et les pratiques des professionnelles de santé s'inscrivent dans des contextes différenciés et d'identifier l'éventuels leviers et ou barrières liées à ces contextes. L'objectif ici n'est pas de comparer des structures où la PF « marche bien » à d'autres où elle « marche mal », mais plutôt de comprendre dans des situations contrastées les perceptions et les pratiques d'accompagnement des professionnelles de santé face à la demande de PF exprimée par les femmes en cas de désapprobation du mari.

Les données ont été collectées durant les mois de février et mars 2026.

Nom de la Fosa	Caractère de la FOSA		Performance en PF			Diversité de MCM	Formation et implication en PF		Participation dans l'entretien	Sélectionné pour l'étude	
	Privé	Publique	Faible	Moyen	Fort		Personnelle formée en PF	Personnelle impliquée en PF		Oui	Non
CDS Amagara meza	X		5.70%			MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	2 TM : Technicien Médical	2	1	X	-
CDS Buhayira		X		17,50%		MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	1 Infirmiers A0, 4TM et 1TPS	5+TPS pour la sensibilisation	0	-	-
CDS Buhindo		X	8,70%			MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	4TM	4	0	X	-
CDS Butara		X			23,30%	MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	5TM et 1TPS	5+TPS pour la sensibilisation	0	X	-
CDS Butega		X			19,10%	MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	3TM	3	0	-	-
CDS Buzirasazi		X	4,40%			MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	4TM	4	1	X	-

CDS Dusenga	X				19,20%	MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	1 Infirmiers A0, 2TM	3	1	X	-
CDS Gahabura		X			22,70%	MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et Préservatif)	3TM	3	0	-	-
CDS Imisuhuko	X				31%	MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	2TM	2	1	X	-
CDS Kabere		X		13,20%		MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et Préservatif)	3TM	3	1	X	-
CDS Kiruhura		X			18,50%	MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et Préservatif)	3TM	3	0	-	-
CDS Kivumvu		X			23,30%	MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	4 TM	4	0	X	-
CDS Mahande	X				18,30%	MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	1 Sage femmes ,2 TM	3	0	-	-
CDS Manege		X		15.20%		MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	5 TM	5	0	X	-

CDS Masango			0%			MCM non utilisées, méthodes naturelles non rapportées	3TM	3	0	-	-
CDS Nderama		X			31,00%	MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	1 Sage femmes, 2TM et 1TPS	3+TPS pour la sensibilisation	1	X	-
CDS Ngoma		X			19,20%	MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	4TM	4	0	-	-
CDS Rugano	X			17,50%		MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	1 Sage-femme et 1 TM	2	1	X	-
CDS Rusenda		X	3,60%			MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	4 TM	4	0	X	-
CDS Sche		X		14,90%		MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	4 TM	4	0	X	-
CDS Ubuzima bwiza	X		5,70%			MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	2 TM : Technicien Médical	2	0	X	-
Hopital Ndora et son Centre Communautaire		X			23,30%	MCM : IMPLANT, DIUU, COC, COP, Pilule de lendemain et Préservatif)	4 Medecin generalistes, 5 infirmier A0, 22TM,	2 medecins +2 TM +TPS pour la sensibilisation	0	-	-

						Méthode définitive	2 Sage femmes, 4 Anestésiste Réa, 2 Pharmacien Bac3, 3 Labo, 1TPS				
HC Bukinanyana		X			31,00%	MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	2 Medecins Generaliste, 2 Sage femmes, 3 Infirmiers A0, 4TM 2 Labo	2 sage- femmes, 2 TM	1	X	-
HC Murwi		X			18,30%	MCM : (IMPLANT, DIU, COC, COP, Pilule de lendemain et préservatif)	1 Medecin Generaliste, 1 Sage femmes, 4 Infirmiers A0, 9 TM, 1 TPs	1 sage-femme +1 TM	-	-	-
24							138	80	8	15	0

Tableau élaboré par l'auteure à partir des données extraites au système d'information sanitaire (SIS) du DS Bukinanyana.

3.3.Population d'étude

La population étudiée est composée de professionnelles de santé exerçant dans les services de planification familiale du district sanitaire de Bukinanyana, notamment les infirmiers A0, les sage-femmes et les techniciennes médicales. Des témoins privilégiés ont également été interrogés afin de clarifier le contexte et d'enrichir l'analyse. Au niveau institutionnel, il s'agissait du Médecin chef du district Bukunanyana ; au niveau communautaire, un agent de santé communautaire et un tradipraticien reconnu pour son rôle dans l'accompagnement de la fécondité, ont été inclus dans l'étude. Ces groupes distincts ont permis de saisir les perceptions et les pratiques entourant la réponse à la demande de planification familiale exprimée par les femmes en contexte de désapprobation du mari, à différents niveaux du système de soins (FOSA, niveau district et niveau communautaire). Les participantes provenaient de plusieurs FOSA du district sanitaire Bukinanyana et ont été sélectionnées selon la stratégie de variation maximale d'échantillonnage raisonné visant à assurer une variation maximale en fonction du niveau de performance des structures (faible, moyen, fort) et des critères prédéfinis liés au profil professionnel et à l'expérience en planification familiale.

3.4.Critères d'inclusion et de non-inclusion

3.4.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude, les professionnelles de santé de qualifications suivantes : être Sage-femme(SF),Technicien Médical(TM) , Technicien de promotion de la santé(TPS) ou Infirmier A0 ; exercer dans le District Sanitaire (DS) de Bukinanyana ; offrir les activités de planification familiale (counseling, délivrance des méthodes contraceptives) ou encadrer ces activités ; justifier d'une expérience d'au moins 6 mois dans les services de planification familiale(PF) ; avoir, au cours de son parcours professionnel, accueilli au moins une demande de PF de la part d'une femme dont le mari la désapprouvait (Critère principal d'inclusion) ; accepter librement de participer et avoir donné son consentement éclairé ; être actuellement affectée dans un service où la PF fait partie des activités régulières du centre de santé.

3.4.2. Critères de non -inclusion

N'ont pas été incluses dans l'étude : les professionnelles de santé n'exerçant pas dans les services de planification familiale(PF) ; des professionnelles de santé qui ne relevaient pas des catégories de qualification mentionnées ci-dessus ; les professionnelles de santé ayant moins de six mois d'expérience dans les services de planification familiale ; les professionnelles de

santé absentes pendant la période de collecte des données ;les professionnelles n'ayant jamais accueilli , au cours de leur parcours professionnel, au moins une demande de PF de la part d'une femme dont le mari la désapprouvait ; les professionnelles de santé ayant refusé de participer ou celles qui ont refusé de participer ou qui n'ont pas donné leur consentement.

3.5.Sélection des participants et taille de l'échantillon

L'inclusion des formations sanitaires (FOSA) s'est faite de manière raisonnée, à partir des données de routine, afin de couvrir différents profils de recours à la planification familiale. Dans ces FOSA, le recrutement des professionnelles de santé répondant aux critères d'inclusion s'est fait progressivement. Après obtention des autorisations du PNSR, puis des autorités sanitaires provinciales et de district, un superviseur PF du district de Bukinanyana a été désigné pour faciliter l'identification des FOSA et la prise de contact avec les responsables des centres de santé. Les témoins privilégiés ont été recrutés par effet « boule de neige », chaque nouveau participant étant recommandé par le précédent dès lors qu'il remplissait les critères d'inclusion. Les professionnelles de santé concernées ont été informées de l'étude au cours de réunions organisées dans chaque FOSA pour cette fin, puis celles qui remplissaient les critères d'inclusion prédéfinis et qui ont accepté de participer, ont été contactées individuellement. Aucun nombre de participantes n'a été fixé a priori, conformément aux principes de la recherche qualitative. Parmi les professionnelles de santé ayant manifesté leur intérêt, les entretiens ont été conduits de manière itérative jusqu'au point où les nouvelles données n'apportaient plus d'éléments substantiellement nouveaux par rapport aux thèmes déjà identifiés. La taille finale de l'échantillon a ainsi été déterminée par la saturation des données plutôt que par un nombre prédéfini. Au sein de chaque FOSA sélectionnée, le recrutement des participantes a également été réalisé de manière raisonnée, en recherchant au moins une professionnelle de santé par formation sanitaire qui répond au critère principal d'inclusion. Ainsi, la sélection n'avait pas pour but de multiplier les participantes dans une même structure, mais de retenir, dans chaque FOSA, le cas le plus approprié au regard des critères définis et des objectifs de l'étude. Sur les 15 FOSA initialement prévues, 10 ont pu être incluses, car dans cinq structures, aucune personne de santé ne répondait au critère principal. Cette stratégie a permis d'avoir des témoignages issus de situations organisationnelles hétérogènes et de mieux comprendre l'hétérogénéité des pratiques et des attitudes dans la promotion de la planification familiale auprès des femmes. La neuvième et la dixième FOSA (Cds Kivumvu, CDS Manege) initialement envisagées n'ont finalement pas été incluses dans l'étude, la saturation des données ayant été atteinte après les entretiens menés dans huit structures. En procédant ainsi, il a été

possible de recueillir des expériences issues de contextes organisationnels variés et de mieux saisir la diversité des pratiques et des perceptions liées à l'accompagnement des femmes en matière de PF.

3.6. Technique et outils de collecte des données

Les données ont été recueillies auprès des professionnelles de santé impliquées dans les services de PF, ainsi qu'auprès de témoins privilégiés : un Médecin chef de district (MCD), un agent de santé communautaire (ASC) et un tradipraticien. Les entretiens se sont appuyés sur des guides élaborés à partir de la problématique et des objectifs de recherche. Ces guides comprenaient des questions ouvertes permettant d'orienter la discussion tout en laissant aux participantes la possibilité de développer librement leurs réponses.

Un guide principal a été conçu pour les professionnelles de santé, puis adapté aux autres profils de participants. Les guides destinés à l'ASC et au tradipraticien ont été traduits en kirundi, langue locale. Les entretiens réalisés avec ces derniers ont été conduits en kirundi, puis traduits en français pour l'analyse. Les différentes versions des guides ainsi que la retranscription intégrale de l'entretien mené avec un témoin privilégié (MCD) figurent en annexe du mémoire. Ces outils ont été relus, ajustés, puis validés par le promoteur avant leur utilisation. Les participantes ont été invitées à un entretien dont elles ont fixé la date et l'horaire en fonction de leurs disponibilités. Avant chaque entretien, un consentement libre et éclairé a été obtenu, y compris l'autorisation d'enregistrement audio. Lorsque la participante y consentait, l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone ; parallèlement, des notes d'entretien permettaient de consigner des éléments contextuels et interactionnels (silences, changements de ton, interruptions) non captés par l'enregistrement vocal. Tous les entretiens enregistrés ont été intégralement retranscrits afin de préserver la fidélité des propos et de permettre une analyse approfondie.

Un journal de bord a été tenu sur toute la durée du travail de collecte afin de noter le déroulement des entretiens, les difficultés rencontrées et diverses observations utiles à l'interprétation des données. Il a également servi à consigner les premières impressions analytiques et à ajuster progressivement la conduite des entretiens.

Les entretiens ont été menés à distance sous forme de conversations téléphoniques à l'aide d'appels vocaux WhatsApp ; moyen de communication accessible et couramment utilisé dans le contexte burundais, permettant un échange direct de type question-réponse entre la chercheuse et la participante. Ce choix répondait aux contraintes géographiques et visait à

faciliter la collecte des données et la participation des professionnelles de santé. Lorsque l'enregistrement vocal n'était pas autorisé, des notes détaillées étaient prises pour documenter les échanges. La durée moyenne des entretiens était d'environ trente à quarante-cinq minutes.

3.7. Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique en plusieurs étapes. Les entretiens enregistrés ont d'abord été intégralement retranscrits, puis relus à plusieurs reprises pour permettre une familiarisation approfondie avec le matériel empirique.

Ensuite, une analyse de contenu de type thématique a été menée, en mettant l'accent sur le sens des propos plutôt que sur leur forme. Cette démarche a consisté à relire attentivement l'ensemble des transcriptions, à repérer les unités de sens pertinentes et à coder les informations recueillies. Les codes similaires ont été regroupés en catégories analytiques, elles-mêmes organisées en thèmes et sous-thèmes structurant la présentation des résultats. Les thèmes ont été relus et, si nécessaire, ajustés (fusion, séparation, reformulation) afin d'assurer leur clarté, leur cohérence interne et leur ancrage dans les verbatims.

L'analyse a ensuite été mise en perspective avec le cadre théorique et la littérature scientifique disponible, afin d'identifier les principaux enjeux pour la pratique et les programmes de PF. Le journal de bord a été mobilisé tout au long de cette phase pour resituer les discours des participantes, éclairer certaines interprétations et expliciter les choix méthodologiques (ajustement du guide d'entretien, gestion des difficultés, arrêt du recrutement en raison de la saturation), contribuant ainsi à renforcer la transparence et la crédibilité de la démarche qualitative.

L'interprétation des données s'est appuyée sur un cadre d'analyse intégrant plusieurs dimensions conceptuelles développées dans le cadre théorique : droits sexuels et reproductifs, normes de genre et rapports de pouvoir conjugaux, ainsi que le cadre de la qualité des soins en PF (dans sa version révisée centrée sur les droits) (Bruce ; Jain & Hardee) et les travaux relatifs au « provider bias ». Ces repères théoriques ont guidé la lecture des données pour analyser la manière dont les professionnelles de santé perçoivent et gèrent la demande de planification familiale en contexte de désapprobation du mari, en portant une attention particulière aux représentations, aux pratiques, à la posture relationnelle et au respect des droits des femmes.

Afin d'illustrer les résultats et d'étayer les interprétations, des extraits des verbatims jugés particulièrement pertinents ont été intégrés dans la présentation des thèmes. Le processus d'analyse étant itératif, des va-et-vient constants ont été réalisés entre les données, les codes,

les thèmes et le cadre théorique, de manière à s'assurer que les interprétations restent fidèles aux points de vue exprimés par les participantes.

3.8. Posture et Considérations éthiques

Cette recherche s'est déroulée en respectant les principes éthiques fondamentaux. Une autorisation a été obtenue auprès du Médecin directeur du PNSR et du Médecin Directeur de la Province Sanitaire de Cibitoke (MDPS Cibitoke) avant le début des collectes. La participation était volontaire et fondée sur un consentement libre et éclairé. Les participants et participantes ont été informés de l'objectif de l'étude, de la confidentialité des informations qu'ils fournissent et de leur droit d'arrêter leur participation à tout moment sans explication.

L'anonymat a été garanti par l'utilisation des codes qui remplaçaient les noms pour identifier les participantes. Pour chaque personne, un code a été utilisé, comprenant la catégorie (Inf A0 ; SF ou TM) et un préfixe de quatre lettres correspondant à la FOSA d'origine (Infi A0 DUSE, SF NDER, TM AMAG, etc), garantissant qu'aucun lien ne peut être établi entre les résultats fournis et la participante. Les enregistrements et transcriptions ont été sauvegardés dans un support sécurisé auquel seule l'auteure a accès. Pendant les entretiens, les participantes pouvaient choisir l'appel vidéo si elles le souhaitaient, pour faciliter l'interaction durant l'entretien. Les entretiens ont eu lieu dans des conditions de confidentialité et de liberté d'expression, chaque participante étant invitée à choisir l'heure qui lui convenait ainsi qu'un lieu calme et approprié à l'échange.

Au cours des entretiens, elle a été tenue à garder une attitude neutre et à créer un climat d'écoute et de confiance afin d'inciter les participantes à s'exprimer librement sur leurs expériences et leurs perceptions.

3.9. Rigueur scientifique de l'étude

La chercheuse a pris plusieurs mesures afin d'assurer la crédibilité des résultats. La version finale du guide d'entretien a été testée auprès de deux personnes qui n'étaient pas concernées par la situation étudiée, afin de recueillir leurs avis sur la clarté, la formulation et la compréhension des questions. Nous pouvons également dire que la triangulation interne a été respectée par comparaison des discours selon les profils des participantes (sexe, type de structure, catégorie).

3.10. Limites de l'étude

Il convient de souligner plusieurs limites de cette étude. D'abord, la collecte de données à distance peut réduire la possibilité d'observer le langage non verbal et influencer la profondeur des échanges. Ensuite, le sujet abordé étant délicat, certaines participantes ont pu ajuster leurs propos par peur d'être jugées ou par désir d'adopter des réponses perçues comme socialement souhaitables.

Cette étude présente également une limite au processus de recrutement des participantes. L'objectif initial était d'inclure plusieurs participantes par structure, mais en raison des critères d'inclusion stricts (avoir accueilli au moins une demande de PF en contexte de désapprobation conjugale), une seule participante a pu être incluse par formation sanitaire là où c'était possible. Bien qu'il ait permis de couvrir une diversité de contextes, cela n'a pas autorisé une exploration approfondie des pratiques, des perceptions et des interactions au sein de chaque structure.

La multiplication des points de vue à l'intérieur d'une même FOSA aurait pu enrichir l'analyse. Par ailleurs, le recrutement des participantes ayant été facilité par des personnes ressources locales, la sélection n'a pas été entièrement maîtrisée par la chercheuse, ce qui peut avoir introduit un biais de sélection et influencé la diversité des points de vue recueillis. Cette modalité a permis d'identifier des professionnelles de santé jugées pertinentes au regard des objectifs de l'étude, mais elle a pu limiter l'accès à des points de vue plus divergents.

Enfin, il s'agit d'une étude qualitative et contextualisée, menée dans un district rural spécifique. Ses résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des professionnelles de santé du Burundi, mais visent plutôt à apporter un éclairage approfondi sur des dynamiques locales, susceptibles d'inspirer des réflexions et des hypothèses pour d'autres contextes similaires.

Ce chapitre a détaillé les choix méthodologiques de l'étude et expliqué de quelle manière les données ont été recueillis et analysées. Il a également montré qu'une attention particulière a été portée aux considérations éthiques et à la posture de la chercheuse, afin de garantir un climat de confiance et le respect de la confidentialité tout au long du processus de recherche. Le chapitre suivant présente les principaux résultats.

CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre présente les résultats d'une analyse des données recueillies lors des entretiens menés auprès des professionnelles de santé impliquées dans la prestation de service relatif à la planification familiale. Nous allons d'abord exposer les données tirées des retranscriptions des points de vue de nos interviewées, puis les interpréter à l'aide de notre cadre d'analyse, et enfin discuter des implications de ces résultats pour la pratique et la recherche.

4.1.Echantillon effectif et profil des participants

Les données ont été recueillies auprès des professionnelles de santé impliquées dans la planification familiale (PF), de témoins privilégiés et d'un tradipraticien. Sur les dix FOSA retenues pour l'étude, deux n'ont finalement pas été représentées lors des entretiens, la saturation des données ayant été atteinte avant leur inclusion. Au total, trois sage-femmes (SF) exerçant dans les FOSA de Nderama, Rugano et Hôpital Communal de Bukinanyana (HC) ; quatre Techniciennes Médicales (TM) en provenance des FOSA d'Amagara meza, Buzirasazi, Kabere et Imisuhuko ainsi qu'un infirmier A0 de la FOSA Dusenga ont participé aux entretiens.

Au final, huit professionnelles de santé ont été incluses dans l'étude, dont sept femmes et un homme. A ces participantes et participants se sont ajoutés trois autres acteurs : un tradipraticien, un médecin chef de district sanitaire (MCD) Bukinanyana et un agent de santé communautaire (ASC), tous hommes, recrutés par échantillonnage en boule de neige en tant qu'informateurs clés.

Les personnes interrogées étaient issues de milieux socioculturels variés, reflétant la diversité des acteurs impliqués dans la prestation de service de PF en milieu rural. La plupart disposaient d'une formation de base en santé, en soins infirmiers et ou en santé reproductive(sage-femme), complétée par une formation spécifique en PF, notamment le mentorat ou la formation continue. Leurs années d'expérience variaient de deux ans à plus de dix ans(14ans).

4.2.Résultats

L'analyse approfondie des données recueillies lors des entretiens menés auprès des professionnels de santé, de témoins privilégiés et d'un tradipraticien a mis en évidence des thèmes et des sous-thèmes permettant de répondre à notre question de recherche. Nous avons donc dégagé quatre grands thèmes, chacun décliné en deux à cinq sous-thèmes.

Le premier thème décrit l'Influence de la formation et du parcours des professionnelles de santé sur les pratiques d'offre de service de planification familiale en contexte de désapprobation du

mari. Le deuxième thème concerne les Représentations de l'enfant, de la fécondité et de la Planification Familiale et leurs répercussions dans les pratiques des professionnelles de santé. Le troisième thème présente les Perceptions des professionnelles de santé de la demande de PF exprimée par la femme dans un contexte de désapprobation du mari et ses conséquences sur leurs pratiques. Le dernier thème est consacré aux Leviers et barrières dans l'accompagnement de la demande en PF.

4.2.1. Influence de la formation et du parcours des professionnelles de santé sur les pratiques d'offre de service de planification familiale en contexte de désapprobation du mari.

A travers les entretiens, les professionnelles de santé ont montré que leurs trajectoires incluant la formation et l'ancienneté dans le service de planification familiale influencent leurs pratiques dans l'offre des services dans ce domaine.

4.2.1.1. *Formation initiale et continue en planification familiale*

Les résultats montrent que la formation initiale joue un rôle important dans l'acquisition des connaissances en matière de planification familiale, notamment sur les différentes méthodes contraceptives et leurs indications, mais qu'elle n'est pas suffisante pour affronter des situations complexes. Plusieurs participantes notent cependant que cette formation demeure largement axée sur les aspects biomédicaux, accordant peu de place aux dimensions relationnelles et culturelles, pourtant essentielles dans la pratique quotidienne. Comme l'explique un infirmier :

« A l'école, on nous enseigne surtout les méthodes... mais pas comment gérer les problèmes du couple. » (Infi A0 DUSE, 7ans). Le MCD admet que la formation de base des professionnelles de santé ne leur permet pas d'acquérir les connaissances nécessaires pour mieux gérer les problématiques liées à la PF.

« Moi, je pense que... reçoivent une formation initiale, mais elle reste parfois insuffisante sur la gestion des situations complexes comme celle de la désapprobation du mari à l'égard de la PF » (MCDBUKI)

En outre, les formations continues sont perçues comme un levier important pour améliorer les pratiques, en permettant aux professionnelles de santé de renforcer leurs compétences en counseling et en communication avec les clientes. Toutefois, ces opportunités ne sont pas accessibles à toutes, ce qui crée des inégalités entre professionnelles de santé. Celles qui y participent se sentent généralement plus à l'aise pour accompagner les femmes confrontées à des contraintes conjugales, comme le souligne une sage-femme :

« Avec les formations qu'on a ensuite reçues, on comprend mieux comment parler avec les femmes et les aider. » (SF NDER, 9ans)

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les contenus des formations initiales et continues en intégrant davantage les aspects liés aux rapports de genre, à la communication et à l'éthique professionnelle, afin de mieux préparer les professionnelles de santé à gérer les situations de désapprobation du mari et les conflits conjugaux autour de la planification familiale. Ils montrent également que la manière dont les professionnelles de santé perçoivent et accompagnent la demande de PF en contexte de désapprobation du mari dépend en partie de leur parcours de formation : celles qui ont surtout reçu une formation médicale de base se sentent moins préparées à aborder les questions complexes comme les tensions conjugales, tandis que celles qui ont reçu de formation continues en counseling intégrant la communication conjugale se déclarent plus à l'aise pour accompagner les femmes confrontées à l'opposition du mari .

4.2.1.2. Compétences professionnelles et expérience des situations complexes

L'expérience professionnelle apparaît comme un facteur déterminant dans l'évolution pratique des professionnelles de santé. Au fil des situations rencontrées, elles disent progressivement développer des stratégies d'accompagnement plus variées et plus efficaces auprès des femmes confrontées à des contraintes conjugales. Comme le souligne une technicienne médicale :

« Avec le temps, on devient plus fort pour parler aux femmes, surtout à celles qui craignent leurs maris. » (TM AMAG, 2 ans).

Une autre participante abonde dans le même sens :

« Au début, je ne savais pas comment m'y prendre avec ces cas... mais avec l'expérience, on découvre comment aider sans causer de problèmes. » (TM KABE, 6ans).

Certaines participantes mentionnent qu'elles développent surtout des compétences spécifiques à la gestion des cas complexes, en particulier ceux impliquant des désaccords conjugaux autour de la PF, en fonction des situations rencontrées sur terrain. L'une d'elles témoigne :

« Au cours de mon parcours professionnel, je me suis progressivement rendu compte des enjeux de santé reproductive et des inégalités de genre qui influencent l'accès des femmes aux services de planification familiale et comment les gérer dans la pratique » (TM BUZI, 3 ans).

Un autre participant ajoute : « *Plus j'ai affaire a beaucoup de cas, plus j'apprends comment accompagner.* » (Infi A0 DUSE, 7 ans). Ce témoignage illustre la façon dont l'expérience progressive façonne leurs pratiques et leur aisance dans l'accompagnement des femmes.

Les résultats indiquent que cet apprentissage repose principalement sur l'expérience personnelle et une démarche d'essais-erreurs, en l'absence de cadres formels ou de protocoles précis pour la gestion de ces situations. Ces dynamiques contribuent à une grande variabilité des pratiques entre professionnelles de santé, certaines se sentant plus préparées que d'autres à y faire face. L'expérience constitue ainsi à la fois un atout, en renforçant certaines compétences, et une limite, dans la mesure où elle ne garantit pas une qualité d'accompagnement homogène. Ces éléments suggèrent un apprentissage essentiellement empirique et continu, qui se construit de manière progressive au fil du temps. Ces apprentissages empiriques sont rapportés dans l'ensemble des FOSA, mais l'aisance décrite par certaines professionnelles de santé pour gérer les situations complexes apparaît plus marquée dans quelques structures où les cas sont plus fréquents ou plus souvent discutés entre collègues. Ces éléments montrent que, face à la désapprobation du mari, les professionnelles de santé construisent leurs perceptions et leurs façons d'accompagner les femmes au gré des expériences rencontrées, plutôt qu'à partir des repères formalisés. L'accompagnement de la demande en PF dépend ainsi fortement des expériences pratiques vécues par chacune, ce qui contribue à des postures et pratiques diversifiées.

4.2.2. Représentations de l'enfant, de la fécondité et de la planification familiale et leurs implications dans les pratiques des professionnelles de santé

Les professionnelles de santé ne perçoivent pas la demande de planification familiale dans le vide. Leurs pratiques se déploient dans un contexte où l'enfant et la fécondité occupent une place centrale et où la PF suscite à la fois intérêt et méfiance. Dans cette partie, elles décrivent les principales représentations qu'elles observent autour de l'enfant, de la fécondité et de la PF et expliquent en quoi ces représentations influencent concrètement leur manière de conseiller et d'accompagner les couples.

4.2.2.1. L'enfant comme valeur centrale et ressource pour la famille

Les professionnelles de santé décrivent un contexte dans lequel l'enfant occupe une place centrale dans la vie des couples et des familles. Selon elles, les enfants sont perçus comme une bénédiction, une source de joie, le signe d'une vie conjugale réussie et celui de la continuité de la lignée familiale. Avoir des enfants semble indispensable pour « faire famille », donner un

sens au mariage et assurer la reconnaissance sociale des parents. Une ASC résume cette norme sociale en affirmant : « *Utavyaye umwana, urakumigwa mukibano* » (ASC, 5 ans).

[Si tu n'as pas d'enfants tu es rejeté dans son entourage.]

Les participantes soulignent également la valeur des enfants comme ressource économique et sociale. Elles rapportent que, dans les milieux ruraux, les enfants participent aux travaux agricoles et domestiques et sont perçus comme un soutien dans la vieillesse. Le médecin chef de district l'exprime ainsi : « *En milieu rural, l'enfant reste une richesse. Il assure la permanence du nom, le travail des champs et la sécurité dans la vieillesse.* » (MCD BUKI). Dans ce contexte, plusieurs personnes indiquent que la grande fécondité est encore largement valorisée, comme l'illustre un tradipraticien dans ses propos :

« *Hariho imyemerere ivuga ko kugira abana benshi ari ubutunzi, kandi umugore ata mwana afise afatwa nkuwataye agaciro.* » (Tradipraticien, 15 ans).

[On retrouve une influence des croyances selon lesquelles avoir beaucoup d'enfants est une richesse, et une femme sans enfant est stigmatisée].

Pour les professionnelles de santé, cette forte valorisation de l'enfant et de la descendance a des répercussions directes sur leurs pratiques. Elles expliquent que la question de la limitation des naissances est perçue comme particulièrement sensible, et que toute évocation de la PF peut être interprétée comme une remise en cause de ce qui fonde la richesse et la sécurité du ménage. Certaines disent ainsi adopter une attitude plus prudente lorsqu'elles abordent la PF, en choisissant leurs mots et en évitant d'employer d'emblée le vocabulaire de « limitation » pour ne pas heurter les attentes des couples. D'autres rapportent qu'elles prennent du temps d'explorer d'abord le projet familial du couple avant de proposer une méthode, afin de ne pas apparaître comme en contradiction avec la norme de la grande fécondité.

Pour cela, les professionnelles de santé ont déclaré qu'elles évitent de présenter la planification familiale comme une limitation du nombre d'enfants. Comme l'exprime une sage-femme : « *On ne parle pas de limiter, car les gens veulent des enfants.* » (SF HC BUKI, 10 ans).

Elles adaptent ainsi leur discours aux représentations locales, notamment lorsqu'elles abordent la PF avec les maris, en privilégiant des arguments compatibles avec les valeurs familiales et sociales dominantes. Une sage-femme l'illustre ainsi :

« Moi, j'adapte ma manière de parler selon la personne. Avec les hommes, j'évite certains termes et je mets l'accent sur les avantages pour la famille. On fait attention lorsqu'on aborde la PF avec les couples. Je choisis les mots » (SF NDER, 9 ans)

Les professionnelles de santé ne perçoivent pas la demande de planification familiale dans le vide. Leurs pratiques s'inscrivent dans un contexte socioculturel où l'enfant et la fécondité occupent une place centrale, et où la planification familiale (PF) suscite à la fois intérêt et méfiance. Dans cette section, elles décrivent les principales représentations observées autour de l'enfant, de la fécondité et de la PF, tout en expliquant comment ces perceptions influencent concrètement leurs pratiques de conseil et d'accompagnement des couples. Ces résultats montrent que la manière dont les professionnelles de santé perçoivent la demande de PF en cas d'opposition du mari est profondément façonnée par la place centrale accordée à l'enfant et à la fécondité. Percevant que toute demande en PF peut être interprétée comme une menace pour la « richesse » et la sécurité du ménage, elles adaptent leurs réponses d'accompagnement en privilégiant des discours prudents, centrés sur l'espacement et les bénéfices pour la famille, ce qui influence la façon dont elles soutiennent ou non les femmes lorsque le mari s'oppose.

4.2.2.2. La PF comme meilleur moyen de gérer la fécondité

Dans un contexte marqué par une forte valorisation de l'enfant, plusieurs répondantes, dont quatre professionnelles de santé et un MCD, présentent la planification familiale avant tout comme un moyen de gérer la fécondité. Elle est ainsi perçue comme un outil permettant d'organiser les naissances en fonction de la santé de la femme et des ressources du ménage. Un groupe de répondants la définit comme suit : « ... la PF est un outil de santé publique. Elle aide à mieux maîtriser la fécondité et à réduire la mortalité maternelle et infantile. » (S F NDER , 9 ans). Cette perception est également partagée par plusieurs autres répondants (SF BUKI ; TM BUZI ; TM IMIS ; MCD BUKI).

Cette représentation influence directement les pratiques de conseil. Les professionnelles de santé déclarent privilégier, dans leurs consultations, un discours centré sur l'espacement du nombre d'enfants. Comme le souligne un infirmier : « On leur dit que la planification familiale, ce n'est pas pour limiter mais organiser les naissances de façon à avoir des enfants qu'on peut nourrir, soigner et envoyer à l'école. » (Infi A0 DUSE, 7 ans).

Ce cadrage apparaît comme une stratégie d'adaptation au contexte socioculturel, où la limitation des naissances peut être perçue négativement. Le Médecin chef de district confirme cette orientation : « Dans notre contexte où l'enfant est très valorisé, on insiste plus sur

l'espacement que sur la limitation, en expliquant les risques des grossesses rapprochées pour la santé de la famille. » (MCD BUKI). Les professionnelles de santé indiquent mobiliser cet argumentaire de manière ciblée, notamment lorsqu'elles anticipent des réticences masculines vis-à-vis de la contraception.

Une sage-femme explique : « *Nous expliquons surtout au mari que ce n'est pas pour arrêter les enfants, mais pour bien les espacer, pour qu'il puisse bien s'occuper de sa famille. » (SF RUGA, 5 ans).* Un autre répondant abonde dans le même sens : « *Quand on parle avec le mari, on insiste sur l'espacement afin qu'il comprenne. » (Infi A0 DUSE, 7 ans).* »

Ces éléments montrent que les professionnelles de santé perçoivent la demande de PF en désapprobation maritale à travers cet argumentaire de la bonne gestion de fécondité, plutôt que comme une remise en cause de la norme de forte descendance. Ainsi, la représentation de la PF comme moyen de « bien gérer » la fécondité se traduit par des pratiques de conseil qui privilégient l'espacement et mettent en avant la santé maternelle et infantile. Ce cadrage permet également d'inscrire la PF dans une continuité avec les valeurs familiales locales, notamment la protection de la mère, des enfants et des ressources du ménage. Il apparaît dès lors comme une stratégie professionnelle visant à rendre la PF socialement acceptable, en particulier auprès des maris, afin de favoriser l'adhésion des couples et, par conséquent, de faciliter l'acceptation des demandes de PF formulées par les femmes.

4.2.2.3. Ambivalence et méfiance vis-à-vis de la PF

Les éléments favorables à la PF coexistent avec un rapport ambivalent des communautés aux méthodes contraceptives modernes, tel que décrit par les professionnelles de santé. Si de nombreux couples reconnaissent les bénéfices de l'espacement des naissances, une méfiance persistante à l'égard de la PF demeure, alimentée par des rumeurs, des expériences négatives et certaines interprétations religieuses ou culturelles.

Selon les participantes, la crainte des effets indésirables occupe une place centrale dans ces réticences. Elles évoquent des peurs liées à la stérilité, aux saignements abondants, aux cancers ou à des « maladies inconnues », largement diffusées au sein des familles et du voisinage. Comme le souligne une sage-femme :

« *Certaines femmes pensent que les méthodes contraceptives modernes peuvent entraîner des problèmes de santé comme le cancer ou la stérilité. » (SF HC BUKI, 10 ans).* Un ASC souligne de son côté :

« *Hano i Bukinanyana, ibihuha ni vyinshi kandi bituma abubatse batinya gukoresha uburyo bwo gutunganya imvyaro* » (ASC,5 ans).

[Ici à Bukinanyana, les rumeurs sont nombreuses et empêchent les couples à recourir à la PF].

Les professionnelles de santé mettent en avant le rôle des normes de genre dans ces résistances. Pour certains hommes, la contraception est associée à un risque d'infidélité ou à une remise en cause de leur autorité. Comme le rapporte une participante : « *Les femmes nous disent que le mari s'oppose à l'utilisation de la PF par peur de l'infidélité de sa femme ou de non-respect à son autorité.* » (TM KABE,6 ans). D'autres évoquent le registre religieux, la PF étant parfois perçue comme contraire à la volonté divine. Une sage-femme souligne que : « *ces peurs et ces représentations continuent à alimenter le désir d'avoir des enfants même si cela peut avoir des conséquences pour la santé des femmes.* » (S F NDER,9 ans).

Dans ce contexte, les professionnelles de santé indiquent devoir adapter leurs pratiques de conseil. Elles rapportent consacrer du temps à expliquer, rassurer et corriger les informations erronées concernant les méthodes contraceptives. « *Il faut beaucoup d'explications pour briser la crainte.* » (TM IMIS,14 ans)

Elles soulignent également que les rumeurs circulant dans la communauté influencent fortement les attitudes des maris, comme l'exprime un agent de santé communautaire :

« *Abagabo akenshi baranka kubera ivyo bumva bivugwa mu kibano.* » (ASC,5 ans)

[Les hommes refusent souvent à cause de ce qu'ils entendent dire dans la communauté].

Certaines participantes indiquent que ces représentations négatives, combinées à une forte désapprobation masculine, rendent les échanges plus complexes et réduisent leur marge de manœuvre. Elles peuvent ainsi être amenées à adapter leurs propositions, voire à différer l'introduction de certaines méthodes. Une sage-femme note : « *Quand le mari s'oppose ou que le couple a déjà des idées négatives sur la planification familiale, il devient difficile au début d'aborder certaines méthodes contraceptives. Dans ce cas, moi je préfère avancer progressivement ou attendre un moment favorable* » (SF HC BUKI,10 ans)

Ces résultats montrent que les professionnelles de santé perçoivent la demande de PF à travers ce cadre d'ambivalence et de méfiance, où les rumeurs, les peurs et la désapprobation du mari pèsent fortement sur la légitimité de cette demande. Pour accompagner les femmes dans ce cas,

elles adoptent des pratiques de conseils prudentes et progressives, cherchant à déconstruire les craintes tout en composant avec les résistances masculines, ce qui limite parfois leur capacité à soutenir pleinement l'autonomie décisionnelle des femmes.

Ainsi les professionnelles de santé interviennent dans un contexte marqué par des normes sociales valorisant une fécondité élevée, tout en reconnaissant les bénéfices de la PF. Cette ambivalence se traduit par une acceptabilité conditionnelle de la PF, c'est à dire une acceptation qui reste limitée et dépend souvent de certaines conditions, notamment l'accord du conjoint. Les professionnelles de santé se trouvent dès lors dans une position de négociation entre les attentes des femmes, les normes sociales et les résistances masculines.

4.2.3. La Perception des professionnelles de santé de la demande de PF exprimée par la femme en contexte de désapprobation du mari et implications dans leurs pratiques

Les résultats montrent que les femmes peuvent formuler une demande de planification familiale même lorsque le mari s'y oppose. Les professionnelles de santé indiquent que cette situation est fréquente dans leur pratique et qu'elle les conduit à analyser à la fois les modalités d'expression de la demande féminine et les réponses qu'elles y apportent en termes de conseil et de l'accompagnement.

4.2.3.1. Perceptions de la demande de PF exprimée par la femme en contexte de désapprobation du mari

4.2.3.1.1. Une demande perçue comme légitime mais vulnérable

Les résultats mettent en évidence que, dans les huit FOSA, les professionnelles de santé reconnaissent généralement comme légitime la demande de planification familiale (PF) exprimée par les femmes, qu'elles considèrent comme relevant du droit des femmes à gérer leur fécondité et leur santé reproductive. En même temps, cette demande est perçue comme vulnérable face au pouvoir décisionnel du mari : certaines participantes insistent davantage sur la nécessité de protéger la femme, tandis que d'autres soulignent les risques sociaux et conjugaux associés à cette demande. Comme l'exprime une participante : « *Ça nous paraît normal qu'une femme puisse demander une méthode, c'est sa santé. C'est la femme qui porte les grossesses, c'est donc normal que ce soit elle qui demande la planification familiale* » (TM AMAG, 2 ans). Une autre ajoute : « *je pense qu'une femme devrait avoir le dernier mot, parce que c'est son corp* » (SF HCBUKI, 10 ans).

Cette demande est souvent associée à un besoin de protection contre les grossesses rapprochées ou non désirées, ainsi qu'à la volonté de préserver la santé de la femme et de mieux s'occuper des enfants déjà nés. Plusieurs participantes soulignent que les femmes viennent fréquemment

après des grossesses répétées ou lorsqu'elles souhaitent espacer les naissances : « *Bien souvent les femmes viennent parce qu'elles en ont assez d'avoir des grossesses trop rapprochées. De ma part je la soutien* » (SF RUGA, 5 ans). Un autre répondant précise : « *Elles disent qu'elles veulent se reposer un peu pour s'occuper des enfants déjà nés. C'est une idée à ne pas rejeter* » (Infi A0DUSE, 7 ans).

Cependant, lorsque cette demande s'inscrit dans un contexte de désapprobation du mari, elle est perçue comme vulnérable. Plusieurs professionnelles de santé rapportent que certaines femmes craignent la réaction de leur conjoint et demandent que leur démarche reste confidentielle : « *Certaines femmes nous disent clairement que malgré leur venue, elles craignent la réaction du mari et demandent que leur recours à la PF reste confidentiel, nous respectons sa position* » (SF NDER, 9 ans).

Dans ces situations, la demande n'est pas seulement un besoin de santé, mais aussi un enjeu relationnel. Les participantes expliquent que le recours à la PF sans l'accord du mari peut provoquer des conflits conjugaux, voire fragiliser la relation de couple. « *Si elle suit une méthode sans que le mari le sache, cela peut créer des problèmes à la maison. Mais vue, l'importance de la planification familiale, on l'accompagne dans sa décision.* » (SF RUGA, 5 ans).

D'autres soulignent la tension entre le désir d'autonomie de la femme et les normes conjugales qui attribuent souvent au mari un rôle central dans les décisions reproductives. Une sage-femme explique : « *Certaines femmes cherchent à protéger leur santé ou à gérer leur fécondité, tout en étant conscientes des risques qu'elles prennent vis-à-vis du mari. Des fois ça peut tourner mal, mais nous soutenons la femme* » (SF HC BUKI, 10 ans).

Les professionnelles de santé relatent que la demande de planification familiale faite par des femmes dont le mari n'est pas favorable s'inscrit souvent dans des situations tendues. Elles montrent que certaines femmes disent avoir besoin d'utiliser la planification familiale pour préserver leur santé ou mieux maîtriser leur fécondité tout en anticipant les réactions possibles de leur conjoint. Un infirmier déclare : « *Dans notre communauté, certains hommes s'opposent à la contraception moderne, mais si la femme décide de venir à son insu, c'est pour son intérêt et elle le fait en connaissance de cause. Moi je la comprends à cent pour cent et je l'accompagne malgré cela* » (Infi A0 DUSE, 7 ans).

Ainsi, les participantes décrivent des situations où la femme manifeste la volonté d'agir sur sa fécondité, mais dans un contexte où cette démarche reste contrainte. Elles disent que ces

demandent sont souvent formulées avec prudence, par crainte de la réaction du mari. Un agent de santé communautaire rapporte : « *Umugore arashaka gukoresha uburyo bwo gutunganya imvyaro, ariko ariyubara cane kuko atinya umugabo ko abimenya... Agahitamo kurindira canke kubikora mu mpisho.* » (ASC, 5 ans)

[La femme veut utiliser les méthodes contraceptives, mais elle fait attention car elle a peur du mari.....préfère attendre ou cacher]. Le même participant ajoute :

« *Bamwe mu bagore baraza kumbitsa agatabu kabo ko gutunganya imvyaro mu mpisho, kandi ndavyubahiriza kuko nziko bimenyekanye vyotera ingorane murugo.* » (ASC, 5 ans)

[Certaines femmes me donnent même secrètement leur carnet de PF, je respecte sa décision car je sais que si dévoilé, cela peut créer des problèmes au sein du couple.]

Les professionnelles de santé décrivent des comportements révélateurs de cette vulnérabilité, tels que le fait que certaines femmes se présentent seules au centre, choisissent des heures de faible affluence, parlent à voix basse, insistent sur la confidentialité ou demandent des méthodes contraceptives peu visibles. Une technicienne médicale rapporte :

« *Une femme qui vient seule au centre, dans les heures où il y a peu de monde, qui tient à ce que ça reste confidentiel ou qui demande une méthode que le mari ne voit pas, ...on comprend qu'elle a un problème avec le mari et la soutient.* » (TM BUZI, 3 ans).

Les participantes rapportent que ces situations sont fréquentes dans leur pratique et traduisent les difficultés que les femmes rencontrent pour exprimer et concrétiser leur demande. Une sage-femme rapporte aussi :

« *Certaines femmes viennent en cachette et parlent tout bas pour ne pas être entendues. Je la respecte dans ces démarches* » (SF NDER, 9 ans).

Face à ces situations, les professionnelles de santé adoptent souvent une posture prudente. Elles cherchent à respecter la demande des femmes tout en évitant de les exposer à des conséquences négatives comme par exemple encourager la discussion avec son mari, etc. Une technicienne médicale indique : « *Nous ne refusons pas, mais nous faisons attention... nous essayons de voir si cela ne va pas lui créer des problèmes par la suite.* » (TM KABE, 6 ans)

Ainsi, bien que la demande de PF soit perçue comme légitime, les résultats font ressortir qu'elle reste influencée par le contexte social et les rapports conjugaux, ce qui affecte à la fois les comportements des femmes et les pratiques professionnelles. Percevoir la demande féminine

de PF, en contexte de désapprobation du mari, comme « fragile », conduit les professionnelles à la considérer non seulement comme un besoin de santé, mais aussi comme un enjeu relationnel. Cette perception les amène à adopter des pratiques d'accompagnement prudentes, centrées sur la protection des femmes et la gestion des risques conjugaux, ce qui façonne concrètement leur manière de soutenir ou de moduler la demande de PF lorsque le mari s'y oppose.

4.2.3.1.2. Compréhension du rôle du mari dans la décision contraceptive

Les résultats montrent que les participantes reconnaissent largement la place du mari dans la décision contraceptive. Cette importance s'inscrit dans une organisation conjugale traditionnelle où l'homme est le chef de ménage et le principal décideur sur les questions jugées majeures, notamment celles qui touchent à la fécondité. Comme le souligne un tradipraticien : « *Mukibano iwacu, umugabo afise uruhara runini mu gufata ingingo zijanye nuruvyaro* » (Tradipraticien, 15ans).

[Dans notre communauté, le mari a une grande importance dans les décisions concernant les enfants.]

Plusieurs participantes notent que cette norme sociale est parfois reproduite dans les pratiques de soins. Certaines professionnelles encouragent une prise de décision conjointe, ce qui renforce implicitement l'idée que l'accord du mari est nécessaire pour adopter une méthode de planification familiale (PF).

Une participante le formule ainsi :

« *On conseille souvent aux femmes d'en parler avec leur mari avant de commencer une méthode, sinon ça peut créer des conflits.* » (TM IMIS, 14 ans). Le MCD confirme cette idée «une décision en matière de la reproduction devrait être prise en couple. Des querelles souvent sont causées par une décision individuelle des femmes » (MCD BUKI).

Cette centralité du mari apparaît pourtant comme source de tension avec l'autonomie décisionnelle des femmes en matière de santé reproductive. Plusieurs participantes décrivent des situations où, même si la femme exprime la demande, la décision finale dépend de la position du mari. Cette situation s'explique notamment par la crainte des réactions du conjoint et par le poids des normes sociales. Une sage-femme l'exprime ainsi : « *Même si la femme veut la méthode, si le mari refuse, elle hésite beaucoup... elle a peur des conséquences à la maison.*

» (SF HC BUKI, 10 ans). Une autre participante ajoute : « D'autres viennent mais après elles abandonnent parce qu'elles n'ont pas l'accord du mari. » (TM BUZI, 3 ans)

Certaines professionnelles de santé reconnaissent également éprouver elles-mêmes des réticences à aller à l'encontre de cette norme sociale. Une participante rapporte : « Je ne peux pas facilement indiquer la méthode si on sait que le mari n'est pas d'accord, parce que cela peut créer des problèmes pour elle et pour moi aussi. » (SF NDER, 9 ans).

Les entretiens montrent ainsi que la désapprobation du mari n'est pas perçue comme un simple avis différent, mais comme l'expression d'un pouvoir de décision concret, restreignant la capacité des femmes à mettre en œuvre leur demande de PF. Comme l'indique un infirmier :

« Le refus du mari bloque tout, même si la femme est prête. » (Infi A0 DUSE, 7 ans).

Les professionnelles de santé pointent ainsi la place déterminante du mari dans la décision contraceptive, une situation qui les interpelle en tant qu'actrices de santé confrontées à des tensions conjugales. C'est ce qu'affirme le MCD : « Dans la plupart des couples qui fréquentent les centres de santé, le mari est considéré par les femmes elles-mêmes et par la communauté comme un acteur central, voire déterminant, dans la décision de planification familiale et c'est un obstacle important pour la performance des programmes en PF » (MCD BUKI). Ces résultats montrent que les professionnelles de santé perçoivent la demande de PF en cas de désapprobation du mari à travers le prisme d'un pouvoir conjugal fortement asymétrique, où la parole du mari peut annuler ou fragiliser la décision de la femme. Cette compréhension du rôle central du mari influence leurs pratiques d'accompagnement : elles hésitent parfois à soutenir pleinement une demande féminine sans accord du mari et adoptent des postures de compromis ou de prudence qui modulent la mise en œuvre de la PF lorsque le mari s'oppose.

4.2.3.1.3. La désapprobation du mari comme obstacle central à la concrétisation de la demande

Les professionnelles de santé s'accordent pour dire que la désapprobation du mari constitue un obstacle majeur à la satisfaction de la demande de planification familiale exprimée par la femme. Une technicienne médicale s'exprime par exemple : « Les hommes prennent des décisions sans venir au centre » (TM IMIS, 14 ans).

Elles décrivent des situations où le mari refuse de laisser la femme se rendre au centre de santé, refuse de financer les frais de déplacement, ou la menace si elle utilise la contraception moderne. Un Agent de santé communautaire rapporte : « Hari abagabo bamwe babuza abagore

babo kwitura amavuriro, kandi rimwe na rimwe barabatera ubwoba batubahirije ivyo bababwiye. Kandi nintambamyi ikomeye kumagara yumukenyezi nibibondo » (ASC,5 ans).

[Certains maris interdisent même à leur femme de se rendre au centre de santé et la menacent parfois si elle ne se plie pas à leur volonté. C'est un problème majeur pour la santé de la mère et de l'enfant]

Certaines professionnelles de santé racontent que des femmes reviennent au centre pour demander l'abandon d'une méthode après que le mari a découvert son utilisation, par crainte de conflits ou de sanctions. « *Parfois la femme revient pour faire enlever la méthode, parce que le mari a découvert.* » (SF NDER,9 ans).

Les participantes soulignent que cette désapprobation ne se limite pas à un désaccord ponctuel, mais s'inscrit dans un rapport de pouvoir au sein du couple. Selon les professionnelles de santé, dans de nombreux cas, le mari est considéré comme l'acteur principal en matière de fécondité. Certaines femmes hésitent à utiliser la planification familiale sans l'accord de leur conjoint. Une technicienne médicale indique : « *en raison de la place qui lui est accordée dans la prise de décision au sein du couple* » (TM AMAG,2 ans). Un infirmier ajoute : « *Dans beaucoup de familles, c'est le mari qui décide du nombre d'enfants, la femme ne peut donc pas utiliser sans son accord.* » (Infi A0 DUSE,7 ans)

Les professionnelles de santé perçoivent ainsi la désapprobation masculine comme une contrainte structurelle qui pèse lourdement sur la possibilité pour les femmes de concrétiser leur demande. Une technicienne médicale rapporte ainsi : « *Lorsque le mari refuse, cela empêche la femme de satisfaire son besoin en matière de planification familiale.* » (TM BUZI,3 ans). En conséquence, cette perception influence directement les pratiques des professionnelles de santé, les conduisant à adopter une posture prudente et à adapter l'accompagnement selon les risques perçus pour la femme.

Ces résultats montrent que les professionnelles de santé interprètent la désapprobation du mari comme un frein central à la mise en œuvre de la demande de PF, même lorsque la femme est motivée et informée. En percevant ce refus comme un pouvoir décisionnel contraignant, elles ajustent leurs pratiques d'accompagnement entre prudence, soutien discret et gestion des risques conjugaux, ce qui façonne concrètement leur manière de répondre à la demande des femmes en contexte de désapprobation maritale.

4.2.3.2.Implications de ces perceptions dans l'accompagnement de la demande de PF exprimée par la femme : attitudes et pratiques/stratégies des professionnelles de santé et des acteurs communautaires

4.2.3.2.1. Pratiques et stratégies d'accompagnement

Les résultats soulignent que les professionnelles de santé mobilisent diverses stratégies pour adapter leurs pratiques aux demandes de PF exprimées dans un contexte de désapprobation du mari. Ces adaptations se traduisent au niveau du discours, du choix des méthodes contraceptives modernes, de la posture professionnelle et de la gestion de la confidentialité.

4.2.3.2.1.1.Adaptation du discours en fonction de la situation de la femme

Les participantes indiquent adapter leur discours en fonction de la situation conjugale évoquée par la femme. Lorsque le mari marque sa désapprobation, elles insistent davantage sur les bénéfices sanitaires de la PF, notamment pour la santé de la mère et de l'enfant, et privilégient l'argument de l'espacement des naissances plutôt que celui de leur limitation.

« ...on met beaucoup l'accent sur l'espacement et non pas sur le fait de ne plus avoir d'enfants. » (SF NDER, 9 ans).

Elles décrivent également une présentation de la PF axée sur les bénéfices pour la santé et le bien-être de la famille. *« On explique que si la mère est en bonne santé, elle peut mieux s'occuper de ses enfants. » (TM KABE, 6 ans).* Ainsi, plusieurs participantes adaptent leurs explications en mettant en avant des éléments considérés comme plus acceptables dans le contexte conjugal rapporté. Ces éléments montrent qu'une telle demande de PF est perçue comme nécessitant un discours spécifique, centré sur l'espacement et la santé familiale pour être recevable. En adaptant ainsi leurs pratiques de conseil au profil conjugal de la femme, elles cherchent à rendre la demande plus acceptable aux yeux du mari, ce qui oriente concrètement leur manière d'accompagner les femmes dont la demande se heurte à l'opposition du mari.

4.2.3.2.1.2.Adaptation du choix des méthodes en contexte de désapprobation maritale

Les résultats montrent également que le choix des méthodes proposées dépend de la perception de la désapprobation du mari. Dans certains cas, les professionnelles de santé préfèrent des méthodes perçues comme discrètes, notamment lorsque la femme craint des réactions négatives en cas de découverte. *« Quand elle dit que le mari n'est pas d'accord, on lui propose des moyens qu'il ne peut pas facilement remarquer. » (SF HC BUKI, 10 ans).*

Certaines participantes mentionnent des méthodes à longue durée, considérées comme plus faciles à maintenir, tandis que d'autres privilégient des méthodes réversibles, permettant une

adaptation en cas de conflit : *« On essaie de trouver avec la femme, une méthode qui ne va pas lui causer davantage de problèmes à la maison. » (TM BUZI, 3 ans).*

Ces ajustements sont présentés comme des stratégies visant à protéger la femme tout en satisfaisant sa demande de PF. Plusieurs participantes expriment toutefois des réserves quant à cette pratique qu'elles déplorent :

« On n'est pas à l'aise de le cacher, parce que si le mari découvre, ça peut être pire mais on essaie en collaboration avec la femme » (SF NDER, 9 ans). En cherchant à protéger la femme tout en répondant à sa demande, les professionnelles de santé opèrent un compromis qui peut améliorer la sécurité immédiate, mais qui soulèvent des interrogations sur la qualité de l'accompagnement à long terme, ainsi que sur les principes éthiques du consentement éclairé et de l'autonomie décisionnelle. Ces résultats montrent que, lorsque la désapprobation du mari est perçue comme un risque de conflit et ou de sanctions pour la femme, les professionnelles de santé ajustent leurs pratiques d'accompagnement en orientant le choix des méthodes contraceptives vers des options jugées moins risquées sur le plan conjugal, cela crée parfois une forte tension avec leurs propres repères éthiques. La façon dont elles perçoivent la vulnérabilité de la demande de PF dans ce contexte les conduit à arbitrer entre protection de la femme, respect de son choix et gestion de l'opposition du conjoint, ce qui influence directement leur manière de concrétiser ou de moduler la demande des femmes.

4.2.3.2.1.3. Gestion de la confidentialité et tensions vécues par les professionnelles

Dans ces cas, la gestion de la confidentialité devient une question centrale. Les participantes expliquent que certaines femmes demandent expressément que leur recours à la PF ne soit pas révélé à leur mari. Un infirmier s'exprime ainsi : *« Elle nous dit clairement : je ne veux pas que mon mari sache et on respecte » (Infi A0 DUSE, 7 ans)*

Les professionnelles de santé disent s'appuyer sur leurs obligations déontologiques pour respecter la confidentialité, tout en ayant conscience des risques que court la femme si elle est découverte.

« On respecte le secret, mais on sait que ça peut être un problème pour lui après. » (TM AMAG, 2 ans). Par ailleurs, de nombreuses participantes décrivent des situations de confrontations avec les conjoints, exprimant leur désaccord ou accusant les soignants d'avoir influencé leur femme. Une sage-femme s'exprime ainsi :

« Certains maris viennent se plaindre en disant que nous avons influencé leur femme, parce qu'elle l'a fait à son insu, mais comme ils n'arrivent pas à repérer quelqu'un d'entre nous qui a donné les contraceptifs à sa femme, nous gardons toujours le secret de la femme et retournent sans connaître la réalité. » (SF HC BUKI, 10 ans).

Ces expériences sont vécues comme sources de stress et conduisent les professionnelles de santé à renforcer une certaine prudence dans leurs pratiques, en pesant les décisions au regard des risques potentiels pour les femmes comme pour elles-mêmes. Ces résultats montrent qu'en contexte de désapprobation du mari, les professionnelles de santé perçoivent la demande en PF comme indissociable d'enjeux de confidentialité et de tensions conjugales. Cette perception les amène à adopter des pratiques d'accompagnement marquées par la prudence et la protection du secret, ce qui influence concrètement leur manière de soutenir les femmes tout en gérant les conflits potentiels avec les maris.

4.2.3.2.1.4. Sensibilisation et implication du mari

Les résultats montrent également la mise en place d'actions visant à faire participer le conjoint à la démarche de planification familiale. Cette implication est présentée comme une stratégie pour réduire les résistances et faciliter l'acceptation de la PF au sein du couple. *« On invite souvent la femme à venir avec son mari pour pouvoir s'expliquer à tous les deux. » (SF RUGA, 5 ans).*

Certaines professionnelles de santé suggèrent d'organiser des séances de sensibilisation ou d'information impliquant le couple, dans le but d'améliorer la compréhension des enjeux liés à la PF. *« Lorsque le mari est présent, on peut mieux s'expliquer et cela évite les malentendus. On organise des séances de sensibilisations des couples, tous les mercredi après-midi, deux fois par mois et les hommes qui parviennent à y participer comprennent mieux que leurs homologues. » (TM IMIS, 14 ans).*

D'autres déclarent inciter les femmes à entamer une discussion avec leur mari, en leur donnant des arguments ou des explications à transmettre : *« On leur donne des conseils ou des arguments convaincants pour qu'elles puissent en parler à leur mari chez elles. » (Infi A0 DUSE, 7 ans).*

Du côté du MCD, il indique : *« ...nous mettons en place des campagnes de sensibilisation, et nous encourageons la communication dans le couple... » (MCD BUKI).* Ces efforts de sensibilisation et d'implication du mari traduisent une volonté des professionnelles de santé de transformer les normes conjugales plutôt de les subir, en faisant du couple un espace de dialogue et de décision partagée. Cette approche s'inscrit dans une logique de qualité de soins qui intègre

non seulement les besoins individuels de la femme, mais aussi les dynamiques relationnelles et les normes sociales qui façonnent l'acceptabilité de la PF. Toutefois, elle soulève également la question de l'équilibre entre inciter à la communication et respecter le choix de la femme de garder sa demande confidentielle. Ces résultats montrent que les professionnelles de santé perçoivent la désapprobation du mari comme un obstacle qu'il est possible d'anticiper, en renforçant la communication et l'information au sein du couple. En orientant leurs pratiques d'accompagnement vers la sensibilisation et l'implication du mari, elles cherchent à créer des conditions plus favorables à l'expression et à la concrétisation de la demande de PF des femmes, tout en négociant en permanence l'équilibre entre la décision partagée et respect de l'autonomie de la femme.

4.2.3.2.1.5. Pratiques communautaires d'accompagnement des femmes en matière de PF

Les professionnelles de santé montrent que les acteurs communautaires, notamment les agents de santé communautaires (ASC) et les tradipraticiens, déploient des pratiques d'accompagnement venant compléter les interventions des professionnelles de santé. Ces pratiques s'inscrivent dans une logique de proximité et prennent en compte les réalités sociales et conjugales dans lesquelles se forment et s'expriment les demandes de planification familiale.

4.2.3.2.1.5.1. Pratiques des agents de santé communautaires

Les ASC décrivent des pratiques articulées autour de la sensibilisation, du dialogue et de l'accompagnement individualisé des femmes, notamment lors des visites à domicile. Grâce à leur proximité avec les familles, ils disent mieux saisir le contexte conjugal et adapter leurs interventions en conséquence. Un agent de santé communautaire s'exprime : « *Jewe, ndaganira cane n'umugore mu gihe ndi mubikogwa vyokugendera ingo nimiryango, nkagerageza gutahura ibimubakiye imbere yo kumuha impanuro. Gusa hariho ibibazo biturengera, kubera atanyigisho zikwiye turonka* » (ASC, 5 ans).

[Moi, quand je fais des visites à domicile, je discute beaucoup avec la femme, j'essaie de comprendre sa situation avant de lui donner un conseil. Seulement il y a des situations qui nous dépassent par manque de formation]

Ils cherchent également à favoriser la communication au sein du couple, en invitant la femme à impliquer son mari afin de limiter les résistances et les conflits éventuels.

« *Akenshi turahanura abakenyezi ko bovyinjizamwo umugabo kugira bakinge amatati ashobora gukurikira inyuma.* » (ASC, 5 ans).

[On conseille souvent aux femmes d'impliquer le mari pour éviter les conflits ultérieurs.]

Dans certains cas, les ASC disent jouer un rôle de médiation en facilitant le dialogue entre les époux.

« *Rimwe na rimwe, turaganira n'abubakanye kugira ngo turondere ico bumvikanako.* » (ASC, 5 ans).

[Parfois, on essaye de dialoguer avec le couple pour trouver un terrain d'entente.]

Ces pratiques s'inscrivent dans une logique d'écoute, de négociation et d'adaptation au contexte familial. Elles montrent que les ASC perçoivent cette demande de PF comme nécessitant un accompagnement de proximité, qui tient compte des dynamiques conjugales et cherche à prévenir les conflits. En mobilisant le dialogue, la médiation et l'implication progressive du mari, ils contribuent à façonner les pratiques d'accompagnement qui visent à rendre la demande des femmes plus acceptables au sein du couple, tout en restant confrontés à leurs propres limites de formation.

4.2.3.2.1.5.2. Pratiques des tradipraticiens

Les tradipraticiens évoquent des pratiques qui s'inscrivent dans le savoirs et normes traditionnels, par exemple l'utilisation de plantes médicinales ou de méthodes perçues comme culturellement acceptables pour réguler la fécondité. Un tradipraticien indique : « *Turatanga imiti kama ku mugore imufasha gutunganya imvyaro, dukurikije imigenzo hamwe n'amabwirizwa y'ikorehwa ryayo.* » (Tradipraticien, 15 ans).

[On donne des plantes médicinales à la femme pour l'aider à espacer ses grossesses, en suivant la tradition et les règles d'utilisation.]

Ils mentionnent également des stratégies pour aider les femmes à gérer leur fécondité en tenant compte des contraintes conjugales et sociales.

« *Rimwe na rimwe, ndasaba umugore ko nobonana n'umugabo wiwe kugira ndamusigurire ingaruka mbi z'ukwibungenga inda zikurikirana, ariko hari abagore bahitamwo ko biguma ari ibanga.* » (Tradipraticien, 15 ans).

[Parfois, je propose à la femme de rencontrer son mari pour lui expliquer les risques des grossesses rapprochées, mais certaines femmes préfèrent que cela reste discret.]

Lorsque les problèmes dépassent leur champ d'action, ils orientent les femmes vers les centres de santé. « *Ego, iyo umugore afise ingorane zikomeye, canke nkingaruka mbi zivuye kuburyo*

yakoresheje nkakarorero nk'indwara canke kuva amaraso menshi..., ndamuhanura kwitura ivuriro. » (Tradipraticien, 15 ans).

[Oui, quand une femme a un problème sérieux ou une complication comme les infections, les saignements importants..., je lui conseille d'aller au centre de santé.]

Ces pratiques sont présentées comme des alternatives ou des compléments aux méthodes contraceptives modernes, dans une logique de proximité culturelle avec les communautés. Les ASC et les tradipraticiens apparaissent ainsi comme des relais importants de diffusion de l'information en matière de PF et d'accompagnement des femmes, en particulier lorsqu'il existe des tensions conjugales. Ces résultats soulignent l'importance de mieux articuler les interventions des professionnelles de santé et celles des acteurs communautaires, afin de renforcer la cohérence des messages, tout en assurant un accompagnement de qualité qui protège à la fois la santé et les droits des femmes en matière de planification familiale. Ces différentes pratiques d'accompagnement, qu'elles soient portées par les professionnelles de santé, les agents de santé communautaires ou les tradipraticiens, ne sont pas développées de la même façon dans toutes les FOSA : dans certaines structures, elles apparaissent plus diversifiées et systématisées, alors que dans d'autres, elles restent plus ponctuelles ou limitées.

Ainsi, les résultats montrent que les professionnelles de santé ne sont les seules à percevoir et à accompagner la demande de PF en cas de désapprobation du mari. Les ASC et les tradipraticiens en s'appuyant sur des pratiques de médiation et des orientations vers les services de santé, contribuent à définir, aux côtés des professionnelles de santé, les modalités concrètes d'accompagnement des femmes dont la demande de PF se heurte à la désapprobation du mari.

4.2.3.2.2. Postures des professionnelles de santé face à la demande de PF

Dans cette section, le terme de « posture professionnelle » désigne à la fois le positionnement des professionnelles de santé sur le plan des valeurs (par exemple, en termes de droit des femmes, de prudence ou de prise en compte des normes conjugales) et l'attitude concrète qu'elles adoptent dans la relation de soin (écoute, manière d'informer, degré de directivité ou de réserve). Il s'agit donc d'analyser comment les professionnelles de santé se situent, en pratique, face aux demandes de PF formulées par les femmes, en articulant leurs références éthiques (bienfaisance, non-malfaisance et justice), leurs perceptions des risques et leurs façons concrètes d'accompagner la décision contraceptive. Ces différentes postures sont étroitement liées à la manière dont les professionnelles de santé perçoivent la demande de PF et le contexte dans lequel elle s'exprime. Lorsque la demande est vue avant tout comme l'expression d'un

droit individuel, elles tendent à adopter une posture de soutien. Lorsqu'elle est perçue comme potentiellement conflictuelle ou risquée sur le plan conjugal, elles privilégient davantage la prudence ou expriment des dilemmes face à leur rôle.

Les résultats montrent ainsi la diversité des positions adoptées par les professionnelles face aux demandes de planification familiale, en particulier lorsqu'elles sont formulées dans un contexte de désapprobation conjugale.

4.2.3.2.2.1. Soutien à la demande exprimée par la femme

Certaines professionnelles de santé déclarent que la reconnaissance de la légitimité de la demande de PF les conduit à se positionner clairement en faveur de la femme, en considérant que la décision contraceptive relève de son droit individuel. Elles décrivent une posture faite d'écoute et de disponibilité, consistant à accueillir la demande et à y répondre favorablement sans exiger l'accord du conjoint. Un infirmier note : « *Si elle vient demander, c'est qu'elle a déjà réfléchi. Il faut respecter son choix.* » (Infi AO DUSE, 7 ans). Dans cette perspective, le fait de percevoir la demande comme légitime, réfléchie et justifiée par la situation de la femme conduit les professionnelles de santé à adopter une posture de soutien, centrée sur l'accueil de la demande et la facilitation de l'accès aux services de PF. Cette position repose sur l'idée que la femme est capable de prendre des décisions quant à sa santé reproductive.

Une technicienne médicale s'exprime : « *Quand une femme vient demander, on ne peut refuser, c'est son droit.* » (TM KABE, 6 ans). Une sage-femme ajoute : « *Si j'ai la chance d'accueillir une femme qui demande la planification familiale surtout celle qui a un mari qui s'y oppose, je dois l'aider car ce n'est pas fréquent que ces femmes osent le faire.* » (SF HC BUKI, 10 ans).

Dans ces situations, les professionnelles de santé décrivent une posture tournée vers le soutien de la demande, même en contexte de désapprobation du mari. Ces résultats montrent que lorsque la demande est perçue comme légitime et courageuse, les professionnelles de santé choisissent d'accompagner la femme en donnant priorité à son droit à décider de sa fécondité, ce qui les conduit à adopter des pratiques d'accueil et de facilitation d'accès aux méthodes contraceptives modernes qui peuvent aller à l'encontre du refus exprimé par le conjoint.

4.2.3.2.2.2. Prudence face aux risques liés au contexte conjugal

D'autres participantes adoptent une posture plus prudente, en raison des conséquences potentielles au sein du couple lorsque le mari n'est pas d'accord et découvrira l'utilisation de la méthode contraceptive sans son approbation. Elles expriment une préoccupation spécifique concernant les risques auxquels la femme pourrait être exposée, notamment en termes de

conflits ou de violences conjugales. Ici, c'est la perception de la demande potentiellement génératrice de conflits ou de violences au sein du couple qui amène les professionnelles de santé à adopter une posture de prudence, en modérant leur soutien explicite et en évaluant les conséquences possibles avant de s'engager. Une technicienne médicale indique : « *On fait attention, car cela peut causer des problèmes dans son foyer.* » (TM AMAG, 2 ans).

Cette position se traduit par une évaluation du contexte dans lequel s'inscrit la demande, certaines professionnelles de santé indiquant prendre en compte la situation familiale avant de répondre. Un infirmier s'exprime : « *On ne peut pas encourager directement, si on sait que ça peut entraîner des violences.* » (Infi A0 DUSE, 7 ans). Un autre participant a dit : « *On essaie de comprendre la situation avec le mari d'abord, avant d'aller plus loin.* » (TM BUZI, 3 ans).

Dans ce cadre, la prudence est perçue comme un moyen de réduire les conséquences négatives potentielles du choix contraceptif de la femme .

Ces résultats montrent que ,lorsque la désapprobation du mari est perçu comme un facteur de risque élevé pour la femme, les professionnelles de santé ajustent leurs pratiques d'accompagnement en adoptant des postures de prudence ou d'ajournement. Cette perception de la demande comme potentiellement dangereuse les conduit à arbitrer entre soutien de l'autonomie de la femme et protection face aux violences conjugales, ce qui influencent la manière dont la demande de PF est concrètement appuyée ou freinée.

4.2.3.2.2.3. Accompagnement de la décision de la femme

Plusieurs professionnelles décrivent un positionnement consistant à informer la femme et à l'aider à réfléchir, sans décider à sa place. Cette posture apparaît notamment lorsque la demande est perçue comme nécessitant d'être clarifiée et discutée, plutôt que simplement acceptée ou freinée, les professionnelles de santé cherchant alors à soutenir une décision éclairée en fonction de la situation conjugale de la femme. Elles mettent en avant une posture d'écoute et de dialogue, fondée sur l'échange, visant à permettre à la femme de décider en connaissance des différentes options et de leurs conséquences. Une technicienne déclare : « *Nous, nous sommes là pour éclairer mais pas pour choisir à sa place, c'est elle qui décide. Les directives sont claires en la matière* » (TM AMAG, 2 ans). Ce positionnement découle du souhait de ne pas imposer une décision, tout en apportant les éléments nécessaires à la compréhension de la PF. Un infirmier ajoute : « *On lui explique les avantages et les inconvénients, après c'est à elle de voir.* » (Infi A0 DUSE, 7 ans).

Les participantes soulignent l'importance d'adapter cet accompagnement à la situation de la femme, notamment en tenant compte de son contexte conjugal. Une sage-femme note : « *On discute avec elle pour qu'elle comprenne et qu'elle fasse un choix en fonction de sa situation.* » (SF NDER, 9 ans). Une autre participante ajoute : « *On lui donne les informations nécessaires, mais on lui explique aussi les risques, pour qu'elle décide elle-même.* » (SF RUGA, 5 ans). Les résultats indiquent ainsi que ces professionnelles de santé adoptent une démarche d'information, de clarification et de soutien à la décision, centrée sur l'autonomie de la femme.

Ces résultats montrent que, lorsqu'elles perçoivent la demande de PF comme devant être éclaircie en lien avec le contexte conjugal, les professionnelles de santé privilégient une posture d'accompagnement de la décision plutôt qu'une simple validation ou un refus. En soutenant une décision informée, tout en tenant compte des risques liés à la désapprobation du mari, elles cherchent à concilier respect de l'autonomie de la femme et prise en compte des contraintes relationnelles qui pèsent sur la concrétisation de sa demande.

4.2.3.2.2.4. Hésitation/dilemmes et malaise des professionnelles

Enfin, certaines professionnelles de santé expriment un positionnement marqué par des tensions et des dilemmes liés à leur rôle, entre le respect de l'autonomie de la femme et la crainte des conséquences conjugales. Ces dilemmes émergent lorsque la demande est perçue à la fois comme légitime sur le plan de la santé reproductive de la femme et potentiellement dangereuse pour elle sur le plan conjugal, confrontant les professionnelles de santé à des injonctions contradictoires. Elles décrivent des situations où elles se sentent tiraillées entre plusieurs responsabilités. Une technicienne médicale : « *On hésite entre aider la femme et la préserver de problèmes au foyer. Devant ces cas, moi je réfère dans un autre centre ou j'appelle ma collègue pour en discuter davantage* » (TM BUZI, 3 ans).

Ces dilemmes se posent notamment lorsque la demande de la femme entre en contradiction avec la position du mari et placent les professionnelles de santé dans une situation d'incertitude. Un infirmier déclare : « *Ce n'est pas toujours facile, car on veut l'aider, mais on pense aussi à ce qui peut se passer après.* » (Infi A0 DUSE, 7 ans). Certaines participantes évoquent également un sentiment de malaise face à la difficulté de concilier leurs obligations professionnelles avec les réalités sociales auxquelles les femmes sont confrontées. Une sage-femme indique : « *Parfois, on est mal à l'aise, parce qu'on ne sait pas si ce qu'on fait aller vraiment l'aider ou lui créer des problèmes. Nous discutons souvent sur ces situations lors des réunions ou supervisions, il n'y a pas de solution, mais on nous dit d'essayer d'accompagner la femme* »

(SF HC BUKI, 10 ans). Ces situations illustrent la complexité des décisions à prendre dans ce contexte et soulignent les tensions auxquelles les professionnelles de santé sont confrontées. Elles mettent en évidence la nécessité de renforcer l'accompagnement des professionnelles de santé, notamment par des formations, des outils d'aide à la décision et des cadres permettant de concilier respect de l'autonomie des femmes et prise en compte des réalités conjugales.

Ces résultats montrent que, en contexte de désapprobation du mari, les professionnelles de santé perçoivent la demande de PF à travers des grilles de lectures parfois contradictoires (droit de la femme, risques conjugaux, normes sociales), ce qui génère des dilemmes et un malaise dans leur pratique. La façon dont elles arbitrent entre ces dilemmes se traduit par des postures et des pratiques d'accompagnement variables allant du soutien affirmé à la prudence ou à l'hésitation qui influencent directement la manière dont la demande des femmes est concrètement prise en compte ou freinée dans les différentes FOSA. Ainsi, les données montrent que les postures adoptées par les professionnelles de santé ne sont figées, mais qu'elles se construisent en fonction de leur perception de la demande de PF (comme légitime, risquée ou ambivalente) et du contexte conjugal dans lequel elle s'exprime, influençant directement leurs attitudes et leurs modalités d'accompagnement. Par ailleurs, ces différentes postures ne se distribuent pas de manière uniforme entre les FOSA. Les résultats suggèrent dans certaines structures plus fréquemment des postures de soutien et d'accompagnement de la décision de la femme, tandis que dans d'autres, les postures de prudence, d'hésitation ou de dilemmes semblent davantage mises en avant.

4.2.4. Leviers et barrières dans l'accompagnement de la demande de PF

Les résultats de cette étude montrent que, malgré certains éléments qui facilitent le travail des professionnelles de santé, il existe également des barrières qui façonnent leurs manières de se positionner et d'agir face à la demande de planification familiale des femmes en contexte de désapprobation du mari.

4.2.4.1. Les barrières

4.2.4.1.1. Contraintes d'ordre matériel et organisationnel

Les entretiens montrent également que la disponibilité des différentes méthodes contraceptives est déterminante dans la qualité de l'accompagnement proposé aux femmes. Plusieurs professionnelles de santé notent que les ruptures de stock ou l'absence de certaines méthodes contraceptives entravent leur capacité à répondre de façon adaptée aux besoins et aux préférences des femmes.

Une participante le formule ainsi : « *Parfois, on voudrait offrir plusieurs choix à la femme, mais on ne dispose pas de toutes les méthodes. On est obligé de se borner à ce qu'il y a.* » (SF NDER, 9 ans). Ajoute encore un autre : « *Une femme vient demander des méthodes que le mari ne va pas découvrir, quand il y a rupture de certaines méthodes surtout celles qu'elle souhaite utiliser, ça complique l'accompagnement, particulièrement pour ces femmes qui ont des contraintes avec leurs maris.* » (Infi A0 DUSE, 7 ans).

Dans d'autres cas, la participante suivante signale : « *Il y a beaucoup de patientes et peu de personnel, ce qui limite le temps du counseling pour chaque femme. De plus, la femme qui cherche de planifier alors que son mari s'oppose, demande un temps isolé souvent après les heures de services, ce qui n'est pas facile de l'aider car nous sommes à deux au CDS, mais on essaie de nous convenir avec la femme.* » (TM IMIS, 14 ans).

Une autre Sage-femme appuie cette idée : « *On n'a pas le temps d'expliquer ... surtout quand il y a beaucoup de monde.* » (SF RUGA, 5 ans). Cette participante regrette de l'absence de directives comme points de référence dans la gestion des situations complexes. Elle s'exprime en ces termes : « *Il n'y a pas de consignes précises pour gérer ces situations... chacun fait comme il peut et comme il l'entend.* » (TM AMAG, 2 ans).

Ces résultats montrent que les contraintes structurelles et organisationnelles peuvent limiter la qualité du conseil, l'orientation vers des méthodes appropriées et la possibilité de suivre régulièrement les femmes. Elles réduisent ainsi les options offertes aux femmes et conduisent les professionnelles de santé à adapter leurs conseils en fonction des ressources disponibles. Dans plusieurs FOSA, ces contraintes matérielles et organisationnelles limitent fortement l'organisation des services et le temps consacré à l'accompagnement individualisé des femmes en ce contexte. Ces résultats indiquent également que, même lorsque les professionnelles de santé perçoivent positivement la demande de PF en contexte de désapprobation du mari, leurs pratiques d'accompagnement sont fortement conditionnées par ces contraintes matérielles et organisationnelles. La façon dont elles peuvent concrètement soutenir ou ajuster la demande des femmes dépend alors non seulement de leurs perceptions et de leurs postures, mais aussi des moyens, du temps et des repères institutionnels dont elles disposent au sein des FOSA.

4.2.4.1.2. Socialisation et croyances des professionnelles de santé

La socialisation professionnelle et sociale influe profondément sur les pratiques. Les données recueillies montrent que les professionnelles de santé sont immergées dans une culture

professionnelle forte et dans un environnement socioculturel faite de normes, de valeurs et d'attentes implicites. En outre, le poids des normes socioculturelles, notamment celles qui définissent le rôle du mari dans la prise de décision et qui valorisent la fécondité, pèse lourdement sur les interactions avec les usagères.

Une sage-femme explique : « *La culture compte ici... si tu vas trop directement contre le mari, ça peut créer des problèmes pour la femme.* » (SF HC BUKI, 10 ans). Ainsi, les professionnelles de santé doivent adapter leurs pratiques à ce contexte.

Dans ce cadre, les croyances personnelles trouvent place. Les professionnelles de santé venant elles-mêmes de milieux valorisant la fécondité ou de cultures religieuses où les méthodes naturelles sont privilégiées, peuvent être plus réticentes à encourager fermement la PF, particulièrement lorsqu'il y a désapprobation au sein du couple. Voici un exemple de propos d'une professionnelle de santé qui illustre bien cette situation. : « *Moi, j'ai un collègue musulman qui ne veut pas entendre la PF dans ses oreilles. Chaque fois qu'une femme vient demander de planifier les naissances, cette femme est référée chez moi ou même si j'ai récupéré, elle lui dit de revenir le jour où je travaille ou elle lui propose des méthodes naturelles.* » (TM BUZI, 3 ans).

A l'inverse, celles qui ont une conception plus moderne de la famille et de la santé génésique peuvent se montrer plus actives, même contre l'avis du mari.

« *Pour moi, si une femme veut espacer les naissances et que j'ai la chance de la voir venir au centre de santé, je dois l'aider même si le mari s'y oppose, car je ne suis pas sûr qu'elle revienne* » (Infî A0 DUSE, 7 ans).

Ces résultats suggèrent que ces dimensions ne sont pas négligeables dans les pratiques des professionnelles de santé et mettent en évidence l'existence de biais possibles à éviter dans les prestations de services en PF, en fonction des valeurs, des croyances et des trajectoires personnelles des soignantes. Ils montrent que la manière dont les professionnelles de santé perçoivent la demande de PF en contexte de désapprobation du mari est filtrée par leurs propres normes culturelles et religieuses, ce qui peut les conduire soit à soutenir activement la demande de la femme, soit à la freiner ou à la rediriger vers certaines méthodes jugées plus acceptables. En influençant ainsi leurs postures et leurs pratiques d'accompagnement, la socialisation et les croyances personnelles des professionnelles de santé, contribuent ainsi à la diversité des réponses apportées aux femmes dont la demande de PF se heurte à l'opposition conjugale.

4.2.4.1.3. Tensions vécues par les professionnelles de santé dans l'accompagnement des femmes

L'accompagnement des femmes en contexte de désapprobation du mari expose les professionnelles de santé à de multiples tensions, à la fois émotionnelles et relationnelles .

4.2.4.1.3.1. Pressions familiales et sociales

Des professionnelles de santé disent que certains maris, ainsi que des membres de la famille ou de la communauté, leur reprochent d'avoir soutenu la femme contre l'avis du mari. Une sage-femme explique : « *Des maris viennent se plaindre en disant que l'on a influencé leur femme et nous menacent d'avoir participé à la réduction de leurs descendance* » (SF HC BUKI, 10 ans).

Elles subissent parfois des critiques, des menaces, voire des accusations de diviser le couple. Un infirmier note : « *On nous reproche parfois de détruire les familles, parce qu'on a aidé une femme à prendre un contraceptif moderne sans la permission du mari.* » (Infi AO DUSE, 7 ans).

Une autre professionnelle de santé le confirme. « *Un collègue a reçu des menaces dans un centre de santé d'un homme dont la femme a planifié les naissances à son insu jusqu'à même le convoquer au tribunal pour ça* » (SF NDER, 9 ans).

Les résultats montrent que les tensions vécues par les professionnelles de santé génèrent un climat de tension dans lequel elles se sentent prises entre le devoir de soutenir la demande de la femme et le souci de préserver la paix familiale et personnelle. Dans ce climat, les professionnelles de santé se sentent exposées à des tensions et à des risques qui dépassent la seule relation soignante-cliente et engage aussi leur propre sécurité et réputation au sein de la communauté. Cela peut les conduire à adopter des positions plus prudentes ou moins favorables à la PF, ou à orienter les femmes vers certaines méthodes jugées plus « discrètes » afin de limiter les risques de conflits conjugal ou communautaire. Ainsi, même lorsqu'elles reconnaissent la légitimité de la demande de PF en contexte de désapprobation du mari, les professionnelles de santé ajustent leurs pratiques en fonction de ces pressions extérieures, ce qui contribue à expliquer pourquoi, d'un contexte à l'autre, la demande des femmes peut être soit soutenue, soit freinée, soit rédigée vers des options considérées comme socialement moins visibles.

4.2.4.1.3.2. Impact sur le bien-être des professionnelles de santé

Le bien-être psychologique des professionnelles de santé est affecté par les tensions vécues. Certaines décrivent des sentiments de culpabilité, de stress ou d'anxiété, craignant que leurs interventions ne déclenchent des conflits familiaux, des violences ou de ruptures de confiance. Une participante indique : « *Dans le cas où le mari s'oppose à la PF, moi je suis mal à l'aise dans ma pratique d'accompagnement de la femme, parce que ça peut mal finir pour le couple et quand la femme revient me dire ce qui lui est arrivé, je me sens un peu toucher, mais c'est mon travail.* » (TM KABE, 6 ans).

D'autres parlent d'une sorte de lassitude morale devant la répétition de ces situations. Une technicienne médicale s'exprime : « *Ça fatigue, parce qu'on est tout le temps dans des situations compliquées où il faut faire attention à tout.* » (TM BUZI, 3 ans).

Ces tensions contribuent à un climat d'insécurité professionnelle et relationnelle, qui peut conduire certaines soignantes à adopter des postures plus prudentes ou à limiter leur engagement dans les situations de désapprobation du mari. D'autres adoptent des attitudes plus protectrices, privilégiant le soutien à la femme même contre l'avis du mari. Les résultats suggèrent donc l'importance d'un soutien des professionnelles de santé de la part des instances habilitées ou de la hiérarchie, notamment à travers des espaces de supervision, de formation et de discussion des situations difficiles, afin de prévenir l'épuisement, de sécuriser leurs pratiques et de leur permettre de mieux concilier respect de l'autonomie des femmes et gestion des tensions conjugales et communautaires. Ainsi, en contexte de désapprobation du mari, les tensions vécues par les professionnelles de santé et le type de soutien dont elles bénéficient contribuent directement à façonner leurs postures, prudentes, distantes ou au contraire très engagées, et ce faisant, la manière dont la demande de PF des femmes est concrètement appuyée, négociée ou freinée dans les FOSA.

4.2.4.2. Les Leviers

La hiérarchie et le soutien institutionnel semblent être des facteurs structurants les pratiques des professionnelles de santé en matière de planification familiale.

4.2.4.2.1. Impact de la hiérarchie sur les pratiques des professionnelles de santé

Les professionnelles de santé disent dépendre des orientations de leur chef hiérarchique, de la direction des structures et des politiques officielles en matière de PF en vigueur.

« Nous faisons ce que la hiérarchie nous demande, parce que c'est elle qui donne les orientations à suivre dans notre travail. Notre responsable est toujours disponible pour nous écouter et nous montrer des voies de sortie. » (SF NDER, 9 ans).

Avec un soutien évident, des instructions claires et des ressources adéquates, les professionnelles de santé sont plus disposées à adopter des pratiques audacieuses, même lorsque le mari désapprouve la contraception moderne.

« Quand on sait que l'on a le soutien de la hiérarchie, on est plus à l'aise dans notre travail d'accompagnement des femmes. Ici, notre chef organise des réunions régulièrement où on a l'occasion de discuter sur les cas compliqués et voir comment les gérer » (Infi AO DUSE, 7 ans).

A contrario, quand elles sentent ce soutien insuffisant ou inexistant, elles hésitent dans leurs pratiques, craignant les sanctions ou les reproches. Une participante s'est exprimée ainsi :

« On ne sait jamais vraiment jusqu'où on peut aller, alors on préfère jouer la prudence. » (SF RUGA, 5 ans).

La hiérarchie apparaît comme un facteur structurant important dans les pratiques des professionnelles de santé en matière de PF. Les résultats montrent que les professionnelles de santé ajustent leurs interventions en fonction des orientations données par leurs superviseurs et responsables, qui encadrent leur marge de manœuvre au quotidien. Ainsi, la perception d'un soutien ou au contraire d'un risque de sanction influence directement la marge de manœuvre que les professionnelles de santé s'autorisent dans l'accompagnement des femmes en contexte de désapprobation du mari.

Le sentiment de soutien hiérarchique est plus fréquemment évoqué dans quelques FOSA, où les professionnelles de santé décrivent des échanges réguliers sur la gestion des cas complexes, ce qui renforce leur confiance et leur capacité à défendre la demande des femmes malgré l'opposition conjugale.

4.2.4.2.2. Soutien institutionnel dans la réponse à la demande des femmes en désapprobation du mari

Le soutien institutionnel, à travers les directives officielles, les politiques de santé et la disponibilité des ressources, constitue un levier majeur influençant les pratiques professionnelles. Les participantes soulignent leur dépendance vis-à-vis du cadre institutionnel,

qui définit les normes et légitime leurs actions en matière de PF. Un infirmier indique : « *On travaille selon les directives du programme, c'est ça qui nous guide dans ce qu'on peut faire ou non, on ne peut pas faire ce qu'on veut.* » (Infi A0 DUSE, 7 ans).

Lorsque ce cadre est clair, accompagné de directives explicites et des ressources suffisantes, les professionnelles de santé se sentent davantage légitimées à adopter des pratiques plus engagées, y compris dans des contextes de désapprobation du mari. Une participante s'exprime : « *Quand il y a des consignes claires et les moyens, on peut mieux accompagner les femmes, même dans des situations compliquées.* » (TM IMIS, 14 ans).

A l'inverse, un soutien institutionnel perçu comme insuffisant limite leur capacité d'action et renforce des attitudes plus prudentes.

« *Quand il n'y a pas assez de moyens ou que ce n'est pas bien défini, on hésite à s'impliquer davantage.* » (SF RUGA, 5 ans).

Les résultats montrent ainsi que le niveau de soutien institutionnel a un effet direct sur les pratiques professionnelles, en facilitant des approches plus engagées lorsque le cadre est clair et soutenant, ou au contraire en renforçant des attitudes prudentes et restrictives lorsque les moyens et les orientations sont jugés insuffisants. Dans le contexte de désapprobation du mari, ce soutien institutionnel contribue donc à définir jusqu'où les professionnelles de santé s'autorisent à aller pour répondre à la demande de PF des femmes, en légitimant leurs interventions ou, au contraire en les laissant dans une zone d'incertitude qui favorise la prudence et ou l'attente.

CHAPITRE V. DISCUSSION ET PRECONISATIONS

Au Burundi, la faible prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, en particulier en milieu rural (Farid et al.), témoigne de la persistance de besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Au-delà des facteurs liés à la demande, cette situation interroge également les conditions d'offre de services et, en particulier, les perceptions et les pratiques des professionnelles de santé. C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude, qui examine la manière dont ces pratiques, en contexte de désaccord conjugal, peuvent faciliter ou au contraire entraver l'accès des femmes à la planification familiale.

Les résultats de cette étude conduisent à envisager le rôle des professionnelles de santé non seulement comme prestataires de services, mais aussi comme actrices inscrites dans un environnement social marqué par des rapports de pouvoir et des normes de fécondité. A la lumière du cadre théorique et de la littérature mobilisée, cette discussion a pour objectif d'interpréter ces résultats afin de répondre à la question centrale de la recherche : comment les professionnelles de santé perçoivent-elles la demande de planification familiale exprimée par la femme en contexte de désapprobation du mari, et comment ces perceptions influencent-elles leurs pratiques et postures d'accompagnement ?

L'analyse des entretiens montre que ces perceptions et pratiques ne peuvent être comprises qu'en articulant plusieurs dimensions. D'une part, le parcours professionnel des participantes (formation, expérience, socialisation) semble constituer un cadre de référence qui oriente leur manière d'aborder les situations de désaccord conjugal et de se positionner face à la demande de planification familiale (PF). D'autre part, les normes sociales de fécondité et le pouvoir décisionnel masculin fournissent un contexte de contraintes qui pèse à la fois sur les femmes et sur les professionnelles de santé et contribuent à rendre la désapprobation du mari socialement légitime.

Les résultats indiquent également que la perception de la demande féminine jugée à la fois légitime sur le plan de la santé et vulnérable sur le plan conjugal conduit les professionnelles de santé à adopter des postures et des stratégies différenciées : ajustement du discours, choix des méthodes, arbitrage entre soutien à l'autonomie de la femme et prévention des conflits. Enfin, les contraintes et leviers structurels liés à l'organisation des services, aux ressources disponibles et au soutien institutionnel et communautaire modulent de manière significative leur capacité à accompagner la demande de PF dans un contexte de désapprobation maritale.

Au regard du cadre d'analyse mobilisé, la discussion est organisée autour de quatre axes considérés comme des facteurs déterminants des perceptions et des pratiques des professionnelles : (1) le parcours professionnel comme grille de lecture des situations de désapprobation maritale ; (2) les normes de fécondité et le pouvoir décisionnel masculin comme contraintes pesant sur l'intervention en PF ; (3) les postures et pratiques des professionnelles de santé face à la demande féminine en situation de désaccord conjugal ; et (4) les leviers et barrières structurels à un accompagnement centré sur la femme.

Cette discussion vise ainsi à situer les résultats de l'étude par rapport aux données de la littérature, afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents aux pratiques des professionnelles de santé et d'identifier les implications pour un accompagnement adéquat des femmes en matière de planification familiale.

I. L'influence du parcours professionnel et la formation sur la gestion des situations de désapprobation du mari en matière de PF

Le parcours professionnel semble structurer la manière dont les professionnelles de santé perçoivent et gèrent les situations de désapprobation maritale en matière de planification familiale. Les résultats montrent en effet que la formation, l'expérience clinique et la socialisation professionnelle influencent leurs pratiques dans ces contextes.

Les professionnelles de santé disposant d'une formation plus approfondie en PF, d'une exposition répétée à des cas complexes ou d'un accompagnement régulier à travers la supervision se disent généralement plus à l'aise pour aborder la PF avec les femmes et les couples, et pour gérer les tensions liées au désaccord du mari. A l'inverse, celles qui ont bénéficié de peu de formation continue ou qui ont été socialisées dans un environnement professionnel fortement marqué par les normes locales de genre adoptent plus souvent une attitude plus prudente, voire davantage alignée sur la position du mari.

Ces observations rejoignent les travaux qui soulignent l'impact des connaissances, des croyances et des compétences des prestataires sur leurs pratiques en matière de PF. Plusieurs études montrent que les attitudes des professionnelles de santé à l'égard de la contraception, leurs valeurs et leur capacité à communiquer et à gérer des situations délicates (leurs compétences communicatives) influencent directement la manière dont elles informent, orientent ou parfois, limitent l'accès aux méthodes, au-delà de la simple application de directives techniques.

En ce sens, Jain et Hardee montrent que la qualité des services de PF dépend non seulement de la disponibilité des méthodes, mais aussi de la manière dont les professionnelles interagissent avec les usagères et prennent en compte leurs besoins et leur contexte de vie (Jain & Hardee, 2018). Moudatsou et al. Soulignent de leur côté également, l'importance des compétences communicatives des professionnelles de santé pour les aider à accompagner les femmes dans des situations complexes, notamment lorsqu'il existe des tensions conjugales (Moudatsou et al., 2020). Bonnet et Guillaume rappellent également que la nature et la qualité du soin dépendent aussi du niveau de qualification et de formation des professionnelles de santé (Bonnet & Guillaume, s. d.). Enfin, Fataar et al. mettent en évidence que la formation continue en PF est un facteur déterminant pour renforcer la confiance des professionnelles de santé et améliorer la qualité des services ,alors que des lacunes en matière de connaissances et de formation peuvent affaiblir leur assurance dans la prescription des méthodes et réduire l'efficacité de leur pratique (Fataar et al., 2022).

Ainsi, ces résultats suggèrent que les pratiques en PF sont façonnées par un ensemble de dimensions interdépendantes, parmi lesquelles les compétences techniques, les capacités relationnelles et le parcours professionnel occupent une place centrale.

A la lumière du cadre d'analyse mobilisé, les résultats de cette étude confirment que le parcours professionnel agit comme un cadre d'interprétation des situations, à travers lequel les professionnelles de santé donnent sens aux demandes des femmes, évaluent les contraintes liées au contexte conjugal et ajustent les réponses qu'elles jugent possibles ou appropriées.

En outre, la socialisation professionnelle ressort comme un élément central. Certaines participantes indiquent que les normes implicites du milieu par exemple l'idée qu'il faut « éviter de casser le couple » ou « ne pas contrarier les maris » orientent leurs pratiques tout autant que les recommandations officielles. Ces dynamiques renvoient à des analyses qui montrent que les professionnelles de santé sont prises entre des injonctions parfois contradictoires : promouvoir les droits reproductifs et la contraception moderne, tout en préservant un certain ordre social et familial. Cette tension peut conduire à des ajustements, voire à des renoncements, en particulier lorsque les professionnelles de santé se sentent peu soutenues par leur hiérarchie ou peu outillées pour gérer les conflits conjugaux.

Du point de vue de la question de recherche, le parcours professionnel n'apparaît donc pas comme un simple élément descriptif du contexte, mais un déterminant de la manière dont les professionnelles perçoivent la demande de PF en contexte de désapprobation du mari et des

pratiques qu'elles mettent en œuvre. Ces résultats invitent à considérer le parcours professionnel comme un cadre interprétatif à travers lequel les professionnelles de santé donnent sens aux demandes des femmes. La formation, l'expérience clinique et la socialisation professionnelle apparaissent ainsi comme des éléments qui façonnent la manière dont les contraintes conjugales sont évaluées et dont les réponses sont ajustées.

Ces résultats ont une utilité sociale importante, car ils éclairent les mécanismes par les lesquels les professionnelles de santé traduisent, ou non, les droits reproductifs des femmes en pratiques concrètes. Ils suggèrent que l'amélioration de l'accompagnement des femmes en contexte de désapprobation du mari passe moins par de simples directives techniques que par le renforcement des compétences relationnelles, la prise en compte des enjeux de genre et le soutien institutionnel adéquat des professionnelles de santé face aux conflits conjugaux. En ce sens, ils contribuent à mieux comprendre pourquoi certaines professionnelles de santé parviennent à soutenir les femmes malgré les contraintes conjugales, tandis que d'autres même expérimentées, oscillent entre prudence, renoncements et ajustements. Cela souligne la nécessité de renforcer les dispositifs de formation initiale et continue, ainsi que la supervision en abordant explicitement les enjeux de genre, de pouvoir décisionnel et de gestion des désaccords au sein du couple. Des tels dispositifs pourraient améliorer la capacité des professionnelles de santé à répondre aux demandes des femmes tout en se sentant soutenues dans leurs choix professionnels et éthiques.

Les résultats de cette étude indiquent que, lorsque le mari désapprouve la contraception moderne, les pratiques d'accompagnement de la femme restent variables, y compris parmi les professionnelles les plus expérimentées. La performance des FOSA en matière de PF, semble résulter de l'articulation entre le parcours professionnel des soignantes et les conditions structurelles propres à chaque structure, plutôt d'un seul facteur isolé. L'expérience tend toutefois à s'accompagner de pratiques plus élaborées : dans les FOSA où les participantes comptent entre 7 et 14 ans d'expérience par exemple, les professionnelles de santé ne répondent pas de façon uniforme à la demande de la femme, mais apparaissent plus souvent capables d'adapter leur discours, d'évaluer les risques conjugaux et de chercher des solutions pour soutenir la femme tout en tenant compte des contraintes sociales. A l'inverse, chez les participantes moins habituées à ce type de situations, les pratiques sont plus fréquemment marquées par l'hésitation, la prudence ou le renvoi systématique à la recherche de l'accord du mari, surtout lorsque les contraintes organisationnelles sont importantes et que le soutien institutionnel est perçu comme limité.

II. Normes de fécondité et pouvoir décisionnel de l'homme

Les pratiques de planification familiale s'inscrivent dans un environnement social marqué par des normes de fécondité et des rapports de pouvoir au sein du couple. Les résultats de cette étude montrent que les normes sociales relatives à la fécondité et le pouvoir décisionnel des hommes jouent un rôle central dans la manière dont les demandes de PF sont perçues et accompagnées. L'analyse indique que ces deux dimensions apparaissent étroitement imbriquées et constituent un cadre déterminant pour les comportements des couples et les pratiques des professionnelles de santé.

Dans ce contexte, avoir plusieurs enfants demeure une valeur positive, tandis que limiter les naissances peut être perçu comme une remise en cause des attentes sociales ou familiales. Les entretiens révèlent que pour les professionnelles de santé comme pour les communautés qu'elles desservent, la fécondité s'inscrit dans un système de valeurs où l'enfant occupe une place centrale. Ce constat rejoint les travaux de Calvès et al. , qui montrent que la maternité constitue un élément clé du statut social des femmes dans plusieurs contextes africains (Calvès, 2019) . Cette réalité sociale ne constitue pas uniquement un contexte socioculturel, mais agit également comme un mécanisme de régulation des comportements reproductifs. Ce cadre normatif influence activement les comportements des couples et des pratiques des professionnelles de santé. Elle agit comme un mécanisme de régulation social qui influence simultanément les comportements des couples et les pratiques professionnelles. Ainsi, les professionnelles de santé ne peuvent pas promouvoir la PF de manière totalement neutre, car leurs interventions s'inscrivent elles-mêmes dans un environnement normatif où la forte fécondité demeure valorisée.

Ces éléments confirment que les comportements reproductifs sont régis par des normes sociales et culturelles qui définissent les attentes en matière de fécondité, et contribuent au maintien de besoins non satisfaits en planification familiale (Cleland et al., 2006). De ce point de vue, le recours à la PF ne relève donc pas uniquement d'un choix individuel, mais se trouve encadrée par un système normatif qui valorise la descendance et peut constituer un frein à l'utilisation des méthodes contraceptives. Par ailleurs, les résultats mettent en évidence une certaine ambivalence à l'égard de la PF. Si celle-ci est reconnue d'un côté comme bénéfique pour la santé de la mère et de l'enfant ; de l'autre, cette reconnaissance est fragilisée par des effets secondaires, croyances et les rumeurs qui circulent dans la communauté. Cette ambivalence montre que l'acceptabilité sociale de la PF reste conditionnelle. L'espacement des naissances apparaît généralement toléré lorsqu'il est présenté comme bénéfique à la santé maternelle et

infantile, alors que la limitation des naissances peut être interprétée comme une remise en cause des attentes familiales et communautaires liées à la fécondité. Cette ambivalence est largement décrite dans la littérature : plusieurs auteurs (Abdel-Mahamoud et al., 2021; Bakyono et al., 2020; Esme et al., 2018; Keita, 2023; Ndayisenga & Itangishaka, 2024; Pierre et al., 2024; Singoye et al., 2024) montrent que les rumeurs et les perceptions négatives autour des méthodes contraceptives constituent un frein majeur à leur utilisation, influencent les attitudes des couples et alimentent les résistances, en particulier chez les hommes.

Les résultats mettent ainsi en évidence un paradoxe important : bien que les bénéfices sanitaires de la PF soient largement reconnus, son utilisation reste limitée par des normes sociales et conjugales qui restreignent la capacité des femmes à prendre des décisions reproductives autonomes. Cette contradiction montre que l'adhésion aux objectifs sanitaires de la PF ne suffit pas nécessairement à favoriser son adoption lorsque les décisions reproductives demeurent fortement encadrées par les rapports de genre et les attentes sociales liées à la fécondité. Au-delà de ces normes de fécondité, les résultats soulignent également la forte influence du pouvoir masculin sur la prise de décision en matière de la reproduction. Ces résultats rejoignent ceux de Kabagenyi et al., qui montrent ainsi, dans une étude menée en Ouganda, que les maris sont perçus comme les principaux décideurs en matière de fécondité et que les femmes ne peuvent pas utiliser la planification familiale sans leur consentement (Kabagenyi et al., 2016). Ces résultats rejoignent également ceux de (Bahimana & Rwenge, 2021; İlgi Bozdağ, 2015) qui soulignent l'influence du pouvoir masculin sur les décisions reproductives, ainsi que ceux de (Gendreau et al., s. d.), qui montrent que la non-utilisation ou l'abandon des méthodes contraceptives modernes est fréquemment lié à la désapprobation du mari et à l'absence de communication au sein du couple. Bonnet et Guillaume soulignent également que, dans plusieurs contextes du Sud, les décisions relatives à la PF restent largement contrôlées par les hommes, ce qui entrave l'autonomie reproductive des femmes (Bonnet & Guillaume, s. d.). Dans ce contexte de domination masculine du pouvoir de décision, les résultats montrent que certaines femmes recourent à des stratégies d'usage discret de la planification familiale (PF). Face à la désapprobation du mari, elles choisissent d'utiliser des méthodes contraceptives sans l'en informer, afin de préserver leur santé ou de mieux gérer leur fécondité tout en évitant des conflits conjugaux (Kibira et al., 2020).

Dans le cadre d'analyse mobilisé, cette utilisation discrète de la contraception moderne, peut être comprise comme une stratégie de négociation entre les normes sociales et conjugales. Elle témoigne d'une tentative de concilier des normes contradictoires : d'une part, les attentes

sociales qui confèrent au mari un rôle central dans les décisions reproductives et, d'autre part, le besoin pour les femmes d'agir sur leur fécondité.

Le recours discret à la contraception traduit ainsi une forme d'autonomie décisionnelle féminine dans un contexte de contraintes sociales fortes. Toutefois, cette autonomie demeure fragile et partielle, car elle doit s'exercer dans la clandestinité afin d'éviter les tensions conjugales ou les sanctions sociales. Ces observations sont en accord avec les travaux de (Baiden et al., 2016; Bajos et al., s. d.) qui montrent que, dans des contextes de forte asymétrie de pouvoir au sein du couple, le recours à la contraception moderne peut être dissimulé et vécu dans la peur des réactions du mari.

Les résultats de cette étude suggèrent également que cette asymétrie de pouvoir est intériorisée par les femmes elles-mêmes, qui hésitent à utiliser une méthode contraceptive sans l'accord de leur conjoint, même lorsqu'elles en aperçoivent l'utilité. Cette intériorisation renforce les contraintes pesant sur la demande de PF et en limite l'expression. Les résultats mettent ainsi en évidence une dynamique de renforcement mutuel dans laquelle les normes pronatalistes renforcent la légitimité du pouvoir masculin sur les décisions reproductives, tandis que ce pouvoir contribue en retour à maintenir ces mêmes normes en limitant l'autonomie reproductive des femmes. Cette articulation est également soulignée par Bouaré, qui montre que les normes sociales et les rapports de genre contribuent à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en maintenant des inégalités dans l'accès et le contrôle de la fécondité (Bouaré, 2021). Les professionnelles de santé apparaissent ainsi comme des actrices situées à l'interface entre les politiques de santé reproductive et les réalités socioculturelles locales. Leur position les conduit à développer des stratégies de médiation visant à promouvoir la PF sans entrer en confrontation directe avec les normes dominantes du milieu social. Dans ce contexte, les professionnelles de santé se trouvent confrontées à d'importantes contraintes dans leur accompagnement des femmes. Les résultats indiquent qu'elles doivent composer avec ces normes et ces rapports de pouvoir, qui influencent leurs pratiques de conseil et d'accompagnement. Elles adaptent ainsi leur discours en insistant davantage sur l'espacement que sur la limitation des naissances, afin de rendre la PF plus acceptable. Elles favorisent également l'implication du mari lorsque cela est possible ou adoptent des stratégies prudentes visant à éviter les conflits conjugaux.

En référence au cadre d'analyse adopté, ces pratiques peuvent être interprétées comme des formes d'adaptation aux exigences du milieu social. Elles traduisent une tension entre le soutien à la demande de la femme, d'une part, et la prise en compte des normes sociales et des risques

liés à la désapprobation du mari, d'autre part. Les résultats suggèrent ainsi que les professionnelles agissent dans un espace de négociation où s'entrecroisent normes sociales, rapports de pouvoir et exigences professionnelles, ce qui influe directement sur leur capacité à répondre aux besoins de planification familiale (PF). Les résultats montrent que, les normes de fécondité et le pouvoir décisionnel masculin constituent des contraintes majeures qui structurent à la fois la demande de PF et les pratiques des professionnelles de santé. Les prendre en compte apparaît essentiel pour comprendre les difficultés d'accès aux services et la persistance des besoins non satisfaits en PF, mais aussi pour envisager des interventions visant à renforcer l'autonomie reproductive des femmes et à soutenir les professionnelles dans leur rôle d'accompagnement.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que les difficultés d'accès et de recours à la planification familiale ne peuvent être comprises uniquement à travers des facteurs individuels ou sanitaires. Elles s'inscrivent dans un système social où les normes pronatalistes et les rapports de pouvoir de genre structurent les décisions reproductives, influencent les attitudes des couples et façonnent les pratiques des professionnelles de santé. L'analyse met ainsi en évidence l'importance d'interventions qui prennent en compte les dynamiques sociales et relationnelles entourant la PF, notamment à travers le renforcement de l'autonomie reproductive des femmes, l'implication des hommes et l'accompagnement des professionnelles confrontées à ces tensions sociales.

III. Postures et pratiques des professionnelles de santé : entre légitimité de la demande féminine et désapprobation du mari

Les pratiques des professionnelles de santé en matière de planification familiale se déploient dans un contexte marqué par une tension entre, d'une part, la reconnaissance de la légitimité de la demande exprimée par la femme et, d'autre part, les contraintes liées à la désapprobation du mari. Les résultats de cette étude montrent que les professionnelles de santé ne se contentent pas d'appliquer des normes techniques : elles développent des postures et des stratégies d'accompagnement qui reflètent des arbitrages complexes entre plusieurs logiques parfois contradictoires.

Dans cette perspective, leurs pratiques peuvent être analysées à la lumière d'une approche centrée sur la femme. Malgré les contraintes conjugales, les professionnelles de santé tentent de prendre en compte des besoins, des attentes et de la situation spécifique de chaque femme dans leur accompagnement. Cette approche se caractérise par une attention portée à la santé de la femme, à son vécu et à sa capacité à formuler une demande, y compris lorsqu'elle est en

désaccord avec son mari. Toutefois, cette approche reste limitée par les normes sociales, les rapports de pouvoir au sein du couple et les risques liés à la désapprobation du mari, ce qui conduit les professionnelles de santé à adapter et négocier leurs pratiques (concilier reconnaissance de la demande de la femme avec la conscience de l'environnement social dans lequel elle s'exprime).

Les entretiens montrent que la demande de PF formulée par la femme est largement perçue comme légitime du point de vue de la santé reproductive. Les professionnelles de santé indiquent que cette demande répond à des besoins très clairement identifiés : fatigue liée aux grossesses rapprochées, difficultés matérielles, souhait de mieux s'occuper des enfants déjà nés ou aspiration à une volonté d'autonomie sociale. Cette reconnaissance s'inscrit dans une perspective biomédicale et éthique où la santé et le bien-être de la femme sont au centre de l'intervention. En ce sens, les études de Starbird et al., et de Cahill et al., mettent en évidence que l'accès à la contraception relève du droit fondamental des femmes à disposer de leur corps et à préserver leur santé (Cahill et al., 2018; Starbird et al., 2016).

Cependant, cette légitimité est constamment mise en tension par le cadre conjugal dans lequel s'inscrit la demande. La désapprobation du mari fait peser un risque de conflit, voire de sanction, que les professionnelles ne peuvent ignorer. La demande féminine apparaît ainsi à la fois comme légitime et vulnérable, ce qui place les professionnelles de santé dans un véritable dilemme. La littérature décrit d'ailleurs ces dilemmes, en montrant que les professionnelles de santé doivent souvent concilier respect de l'autonomie des femmes et prise en compte des normes sociales et des rapports de pouvoir. Les pratiques observées s'apparentent alors à une logique d'ajustement entre plusieurs contraintes, notamment celles liées aux valeurs et représentations des praticiens eux-mêmes (Schuller, 2018).

Dans le cadre d'analyse adopté, ces résultats peuvent être interprétés comme l'expression d'un espace de négociation dans lequel les professionnelles ajustent leurs pratiques en fonction des contraintes du contexte. Leurs attitudes ne sont pas figées, mais varient selon la situation de la femme, la perception du risque conjugal et leur propre positionnement professionnel. Les pratiques observées apparaissent ainsi comme des formes d'adaptation à un environnement social contraignant, où les marges de manœuvre sont étroites.

À la lumière de ces résultats, plusieurs types de postures se dégagent. Certaines professionnelles se positionnent clairement en faveur de la demande de la femme, considérant qu'elle a le droit de décider de ce qui concerne sa santé reproductive, indépendamment de l'accord de son

partenaire. Cette posture s'inscrit dans une logique d'autonomisation et de respect des droits, largement discutée dans la littérature sur la santé sexuelle et reproductive comme un volet essentiel des droits humains auxquels un certain nombre de textes sur la santé reproductive font référence (Bouirbiten et al., 2023), en notant que cette liberté est un droit humain inaliénable. D'autres professionnelles de santé adoptent une posture plus prudente, tenant compte des risques que peut entraîner la désapprobation du mari. Elles évaluent le contexte conjugal, craignent les conflits ou violences possibles et peuvent hésiter à répondre directement à la demande, en particulier lorsqu'elles anticipent des conséquences graves pour la femme et dans certains cas pour elles-mêmes. Cette prudence peut être interprétée comme une forme de responsabilité sociale, où la protection de la femme ne se limite pas à sa santé physique, mais inclut aussi la prévention des risques sociaux et relationnels. La littérature sur le provider bias montre que les prestataires ajustent leurs pratiques en fonction du contexte socioculturel et des risques perçus, ce qui peut conduire à des restrictions implicites d'accès aux méthodes (Manzer et al., 2024; Solo & Festin, 2019). Dans certains cas, cette attitude prudente conduit les professionnelles de santé à s'aligner implicitement sur la position du mari, en particulier lorsqu'elles encouragent la femme à obtenir son accord avant toute décision ou lorsqu'elles retardent l'accès à une méthode contraceptive moderne. Ces attitudes ont été décrites dans la littérature comme des « obstacles imposés par les prestataires », dans la mesure où ils peuvent intentionnellement ou non, limiter l'accès des femmes aux services de PF (Manzer et al., 2024). Dans cette logique, les professionnelles de santé encouragent parfois l'implication du mari en proposant des consultations de couple ou en invitant la femme à discuter avec son conjoint, dans l'objectif de sécuriser la décision contraceptive et de favoriser son acceptation au sein du couple.

Cette stratégie d'implication du conjoint peut toutefois avoir un double effet. D'un côté, des études réalisées au Nigéria montrent que le soutien du mari favorise l'usage et la continuité de la PF (O.A. et al., 2022). De l'autre, elle peut renforcer le rôle du mari comme gatekeeper de la contraception et, dans certains cas, limiter l'autonomie de la femme lorsque l'accès aux méthodes est de fait subordonné à son accord (FitzGerald & Hurst, 2017; Mannava et al., 2015). Ces pratiques, peuvent contribuer à maintenir des besoins non satisfaits en réduisant les marges de manœuvre des femmes tout en visant à prévenir les conflits conjugaux. Ces résultats révèlent ainsi une tension entre gestion des risques sociaux et accès aux services de planification familiale, où certaines pratiques professionnelles, bien qu'à court terme protectrices, peuvent à long terme avoir des effets restrictifs.

A côté de ces postures, certaines professionnelles adoptent une attitude plus intermédiaire, centrée sur le counseling. Elles informent, expliquent les avantages et inconvénients des méthodes, discutent des contraintes du contexte conjugal et laissent la femme décider en fonction de sa situation. Cette posture vise à soutenir une décision éclairée sans se substituer à la femme. En ce sens, Moudatsou et al. soulignent l'importance des compétences communicationnelles pour accompagner les situations complexes (Moudatsou et al., 2020) tandis que le cadre de Jain et Hardee insiste sur le rôle clé de l'information, de l'écoute et de la prise en compte des besoins des usagères dans la qualité des services de PF (Jain & Hardee, 2018).

Enfin, certaines décrivent des postures marquées par des dilemmes et un malaise : elles se disent prises entre la volonté de soutenir la femme et la crainte des conséquences conjugales. Ces situations, où la demande est perçue comme à la fois justifiée et potentiellement dangereuse, génèrent un sentiment d'incertitude et de tension éthique. Elles illustrent la complexité des arbitrages quotidiens et les conséquences personnelles et relationnelles de certaines décisions pour les professionnelles de santé. Ces postures se traduisent par des pratiques concrètes d'adaptation. Sur le plan du discours, les professionnelles de santé mettent souvent l'accent sur les bénéfices de l'espacement des naissances, perçu comme plus socialement acceptable que la limitation. Sur le plan des méthodes, les résultats montrent que, dans les contextes de désapprobation maritale, la préférence va fréquemment à des méthodes discrètes, telles que les injectables ou les implants. Cette préférence reflète la volonté des femmes de concilier leur besoin de recourir à la PF avec la nécessité d'éviter les tensions au sein du couple. Ces résultats corroborent ceux d'Akoth et al., qui montrent qu'au Kenya, en cas d'opposition à la PF, les injectables et les implants demeurent les méthodes les plus utilisées (Akoth et al., 2021). Dans le cadre de l'analyse, cette orientation vers des méthodes discrètes peut être interprétée comme une stratégie d'ajustement permettant aux femmes de conserver une marge d'autonomie dans un contexte de rapports de pouvoir déséquilibrés. Les professionnelles de santé participent à cette dynamique lorsqu'elles orientent les femmes vers ces méthodes, ce qui met en lumière les tensions qu'elles affrontent entre respect de l'autonomie des femmes et crainte des conséquences d'une découverte par le conjoint. Baiden et al. montrent aussi que les rapports de pouvoir au sein du couple influencent le choix des méthodes contraceptives (Baiden et al., 2016).

Dans ce contexte, la gestion de la confidentialité apparaît ainsi comme un élément central de l'accompagnement. Les résultats indiquent que certaines femmes demandent explicitement que

leur recours à la contraception ne soit pas divulgué, ce qui traduit leur volonté de se protéger d'éventuelles réactions du mari. Les professionnelles de santé, de leur côté, doivent arbitrer entre la protection de cette confidentialité et la gestion des risques associés à l'usage secret.

Enfin, les pratiques des professionnelles peuvent également être influencées par leurs propres croyances, valeurs et expériences. Ces biais, souvent implicites, peuvent façonner la manière dont elles conseillent les femmes et orientent leurs choix. Shukla et al montrent que la qualité de l'accompagnement dépend des représentations des prestataires (Shukla et al., 2020). De plus, les perceptions négatives peuvent ainsi conduire à des prestations de mauvaise qualité comme l'ont montré les travaux de Sully et al., et limiter l'accès effectif des femmes à des services de PF adaptés et respectueux de leurs besoins (Sully et al., 2020).

Dans l'ensemble, les professionnelles de santé apparaissent confrontées à de véritables dilemmes : elles souhaitent aider les femmes, mais craignent les répercussions possibles de leur intervention. Leurs pratiques peuvent être lues comme des stratégies d'adaptation à un environnement contraint, où la PF ne se réduit pas à un acte technique, mais mobilise une dimension relationnelle et contextuelle essentielle. Ces ajustements ont des effets ambivalents : certains contribuent à reproduire des normes qui encadrent, voire limitent, les choix des femmes ; d'autres, au contraire, ouvrent des espaces de négociation qui facilitent un accès plus adapté aux services.

Ainsi, les postures et pratiques des professionnelles de santé apparaissent comme des réponses situées à des contextes complexes, traversés par des tensions entre autonomie des femmes et contraintes sociales. Certaines pratiques peuvent renforcer des logiques de sélection, de jugement ou de restriction implicite et contribuer au maintien des besoins non satisfaits en PF, tandis que d'autres témoignent de capacités d'adaptation (ajustement du discours, choix de méthodes discrètes, implication négociée du conjoint) qui peuvent soutenir un accès plus sécurisé à la PF. Ces éléments soulignent l'importance de renforcer les cadres d'accompagnement en matière de formation, de soutien institutionnel et de développement d'outils d'aide à la décision, afin de mieux concilier contraintes contextuelles et respect des droits et de l'autonomie des femmes.

Ces résultats invitent à ne pas interpréter les différences de posture uniquement en termes d'opposition entre professionnelles de santé « plus expérimentées » qui soutiendraient davantage les femmes et professionnelles « moins expérimentées » qui seraient nécessairement plus prudentes. Ils montrent plutôt que les postures de soutien, de prudence ou de dilemme,

résultent d'une articulation complexe entre la perception de la demande de PF, l'évaluation des conséquences possibles pour la femme (et parfois pour la professionnelle elle-même), les normes de genre et de fécondité, le parcours professionnel et les contraintes ou ressources à chaque FOSA. Autrement dit, une même professionnelle expérimentée peut adopter une posture de soutien dans certaines situations et une posture de grande prudence dans d'autres, lorsqu'elle perçoit un risque de conflit, de violence ou de remise en cause de sa propre position. Les postures ne dépendent donc pas uniquement de l'expérience, mais aussi de facteurs structurels (organisation, soutien hiérarchique, ressources disponibles), relationnels (dynamique conjugale, pouvoir masculin, normes sociales) et biographiques (formation, socialisation professionnelle) ainsi que du contexte spécifique dans lequel chaque professionnelle de santé exerce.

De ce point de vue, les différences observées de postures entre professionnelles de santé des différentes FOSA, semblent ainsi moins liées à des profils fixes de professionnelles de santé qu'aux contextes spécifiques dans lesquels elles exercent. Selon les situations, ces contextes peuvent offrir des marges de manœuvres plus ou moins importantes pour soutenir la demande des femmes, ou, au contraire, conduire les professionnelles de santé à adopter davantage de prudence ou d'hésitations. Ces résultats montrent ainsi que les postures professionnelles se construisent dans l'interaction entre normes sociales, rapports de pouvoir conjugaux, trajectoires professionnelles et conditions institutionnelles. Ces éléments suggèrent enfin l'intérêt des recherches complémentaires qui documentent plus finement la manière dont les contextes sociaux, relationnels et institutionnels façonnent les pratiques et les postures des professionnelles de santé, en intégrant également les perspectives des femmes et des hommes. Les résultats relatifs aux pratiques et postures des professionnelles de santé mettent en évidence l'importance de prendre en compte les réalités socioculturelles dans les interventions en PF. Ils montrent que les professionnelles de santé jouent un rôle essentiel de médiation entre les besoins des femmes et les normes sociales du milieu. Ces résultats peuvent ainsi orienter des stratégies de formation et d'accompagnement des professionnelles de santé afin de renforcer leur capacité à soutenir les femmes tout en gérant les contraintes sociales et relationnelles liées à la PF.

IV. Leviers et freins à l'accompagnement centré sur la femme en contexte de désapprobation du mari

L'accompagnement des femmes en matière de planification familiale, en particulier lorsque le mari désapprouve, se déroule dans un environnement qui combine contraintes et ressources mobilisables par les professionnelles de santé. Les résultats de cette recherche montrent que la mise en œuvre d'un accompagnement centré sur la femme ne dépend pas uniquement de la volonté des professionnelles de santé, mais résulte d'un ensemble de conditions structurelles, organisationnelles et sociales qui peuvent soit faciliter, soit entraver leurs pratiques, comme l'ont également montré (Bonnet & Guillaume, s. d.).

Les entretiens montrent plusieurs leviers. Les formations continues en PF, en counseling et en communication apparaissent comme un élément central : les professionnelles de santé qui en ont bénéficié se disent plus à l'aise pour gérer des situations complexes et soutenir la décision des femmes. Ces résultats rejoignent ceux de Pazol et al., qui montrent que le renforcement des compétences des prestataires améliore la qualité des services et la capacité à répondre aux besoins des usagers (Pazol et al., 2015). Le soutien institutionnel joue également un rôle déterminant. Lorsque les professionnelles de santé disposent de directives claires, d'un appui de leur hiérarchie et d'un environnement de travail favorable (possibilités de supervisions), elles rapportent davantage de pratiques qui renforcent l'autonomie des femmes, même en cas de désaccord conjugal. A l'inverse, l'absence de repères institutionnels ou de soutien formel tend à maintenir l'hésitation et à encourager des pratiques plus prudentes, comme le souligne la littérature sur l'influence du cadre organisationnel sur les pratiques de PF (Manzer et al., 2024; Pazol et al., 2015). L'engagement des acteurs communautaires, en particulier les agents de santé communautaires (ASC), constitue une autre ressource importante. Proches des populations (des familles), les ASC jouent un rôle clé dans la sensibilisation, la médiation et l'accompagnement de proximité. Ils peuvent faciliter le dialogue au sein du couple et atténuer les résistances liées aux croyances et aux rumeurs. Ces observations sont en phase avec les travaux de Davis et al. et de Yirgu et al., qui montrent que l'implication communautaire contribue à améliorer l'acceptabilité et l'efficacité des interventions de PF (Davis et al., 2016; Yirgu et al., 2020). Cependant, les résultats révèlent aussi des limites dans les pratiques des ASC. Celles-ci rapportent un manque de formation approfondie sur la PF et sur la gestion des désaccords conjugaux, ce qui peut réduire leur capacité à fournir des informations complètes et à accompagner efficacement les femmes confrontées à des contraintes conjugales. Ces constats concordent avec ceux de Kok et al., qui soulignent que les pratiques des agents de santé

communautaires restent parfois insuffisamment encadrées sur le plan éthique et technique (Kok et al., 2020). De ce point de vue, le renforcement de leurs compétences constitue un levier essentiel pour améliorer l'accompagnement des femmes au sein de la communauté.

Dans ce contexte de pluralité des soins, le recours aux tradipraticiens représente également une alternative ou un complément aux services formels. Comme le soulignent Gari et al., ces acteurs jouent un rôle clé dans les parcours de soins en raison de leur accessibilité, de leur proximité culturelle et de la confiance qu'ils inspirent dans les communautés (Gari et al., 2015). Des études, dont celle de Taiba Germaine Ainyakou et al., montrent que des pratiques traditionnelles à visée contraceptive existent, illustrant l'influence des représentations locales dans la gestion de la fécondité (Taiba Germaine AINYAKOU et al, s. d.). Les résultats de cette étude suggèrent que les tradipraticiens peuvent influencer les choix contraceptifs des femmes, non seulement en facilitant l'accès à certaines pratiques, mais aussi à travers des formes de collaboration avec les services biomédicaux : orientation vers les structures de santé lorsque la situation dépasse leur champ d'intervention, ou relais communautaire pour favoriser l'adhésion des femmes. Cette complémentarité met en lumière la coexistence de plusieurs systèmes de soins et l'importance de mieux intégrer ces acteurs dans des dispositifs de collaboration structurés.

Ces leviers ne suffisent toutefois pas à compenser l'ensemble des barrières qui freinent l'accompagnement centré sur la femme. Les difficultés sont en premier lieu d'ordre matériel et organisationnel. Le manque de personnel, la surcharge de travail, le temps limité consacré au counseling et les ruptures de stock de certaines méthodes réduisent la capacité des professionnelles de santé à offrir un accompagnement de qualité. Les résultats indiquent que l'absence ou la disponibilité irrégulière de certaines méthodes oblige les professionnelles de santé à adapter leurs pratiques aux ressources disponibles, ce qui peut limiter la possibilité d'un choix réellement éclairé. Ces observations rejoignent la littérature, qui souligne que les obstacles à la qualité des services de PF sont souvent logistiques et organisationnels (Manzer et al., 2024). Dans ces conditions, l'autonomie des femmes dépend non seulement de facteurs sociaux et relationnels, mais aussi de la disponibilité effective des méthodes : la gamme restreinte de méthodes proposées peut transformer un accompagnement présenté comme centré sur les besoins en une offre contrainte par les ressources.

Les normes sociales et les rapports de genre constituent également des obstacles majeurs. Les professionnelles de santé exercent dans des contextes où le mari dispose d'un pouvoir décisionnel prépondérant et où la fécondité est fortement valorisée. Ces règles freinent non seulement la capacité des femmes à exprimer leur demande, mais aussi celle des professionnelles à y répondre pleinement, puisqu'elles sont elles-mêmes socialisées dans ce contexte. Sentamba et Nsavyimana, 2025 montrent que le cadre socioculturel influe directement sur les pratiques des professionnelles de santé, notamment à travers l'intériorisation de certaines normes (Sentamba & Nsavyimana, 2025). De plus, certaines croyances religieuses ou culturelles peuvent constituer un frein à la promotion de certaines méthodes ou de certaines approches, et ses résultats sont en cohérence de Boyer et Sentamba & Nsavyimana, en soulignant le poids des représentations sur la qualité de l'offre de services (Boyer, 2021; Sentamba & Nsavyimana, 2025).

Une autre barrière importante tient aux stress et pressions subies par les professionnelles de santé. Elles peuvent faire l'objet de critiques ou de pressions de la part des maris, des familles ou de la communauté lorsqu'elles accompagnent une femme sans le consentement de son époux. Ces situations peuvent générer du stress, de l'anxiété, voire un sentiment d'insécurité, et inciter les professionnelles de santé à adopter des pratiques plus prudentes, parfois au détriment d'un accompagnement pleinement centré sur la femme.

Dans le cadre d'analyse mobilisé, ces résultats indiquent que l'accompagnement centré sur la femme ne peut être considéré comme une simple application de principes techniques ou éthiques, mais comme une pratique située, étroitement dépendante des conditions contextuelles. Les professionnelles de santé interviennent dans un espace où contraintes et opportunités se mêlent, ce qui conditionne leur capacité effective à répondre aux besoins des femmes.

Les leviers et barrières identifiés plaident pour une approche globale visant à améliorer l'accompagnement des femmes en PF. Cela implique non seulement de renforcer les compétences des professionnelles de santé, mais aussi celles des agents de santé communautaires, dont le rôle est central dans la médiation, la sensibilisation et l'accompagnement de proximité. Ce renforcement apparaît particulièrement nécessaire pour mieux gérer les situations de désaccord conjugal et améliorer la qualité de l'information délivrée. Il est également indispensable d'améliorer les conditions de travail (ressources humains, temps de counseling, disponibilité logistique), de concevoir des stratégies adaptées pour impliquer les hommes et de promouvoir des formes de collaboration entre systèmes de santé moderne et traditionnel, notamment à travers des dispositifs de référence et de dialogue

entre acteurs. Enfin, ces efforts doivent s'accompagner de transformations sociales plus larges en faveur de l'autonomie des femmes et de l'égalité de genre. Mettre en œuvre un accompagnement centré sur la femme en contexte de désapprobation du mari repose sur un équilibre fragile entre contraintes et ressources. Prendre en compte ces différents facteurs apparaît essentiel pour renforcer l'efficacité des interventions et répondre de manière plus adaptée aux besoins des femmes. Ces résultats interrogent la capacité des systèmes de santé à concilier contraintes contextuelles et respect effectif des droits et de l'autonomie des femmes en matière de planification familiale.

En termes d'utilité sociale, les résultats de cette étude peuvent contribuer à orienter des interventions visant à réduire les obstacles à l'utilisation de la PF, à renforcer l'autonomie reproductive des femmes et à promouvoir un accompagnement plus adapté aux réalités socioculturelles des couples et des communautés.

CHAPITRES VI : LIMITES ET INTERET POUR LA RECHERCHE

Toute étude comporte des limites qu'il est important de reconnaître afin de préciser la portée des résultats et d'orienter des pistes de recherche futures.

Plusieurs limites peuvent être relevées dans le cadre de ce travail. Tout d'abord le nombre limité de participantes, bien qu'adéquat pour une approche qualitative, ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des professionnelles de santé du Burundi. Cette étude n'avait pas toutefois un objectif de produire des résultats généralisables, mais de saisir en profondeur les perceptions et les pratiques dans un contexte particulier, celui du district sanitaire de Bukinanyana.

Ensuite, les données reposent essentiellement sur des déclarations recueillies lors d'entretiens. Il est possible que certaines participantes aient adapté leurs réponses à ce qu'elles percevaient comme socialement acceptable ou conforme aux normes professionnelles, introduisant ainsi un biais de désirabilité sociale.

Par ailleurs, bien que l'étude intègre différents types d'acteurs (professionnelles de santé, agents de santé communautaires, tradipraticiens), elle ne recueille pas directement le point de vue des femmes concernées ni de celui des maris, alors qu'ils sont des acteurs centraux de la dynamique étudiée. L'intégration de ces perspectives aurait permis d'enrichir la compréhension des interactions et des rapports de pouvoir au sein du couple et du triangle femme-mari-système de soins.

Enfin, les résultats s'inscrivent dans un contexte socioculturel spécifique, celui d'une zone rurale de la Province de Cibitoke. Ils doivent donc être interprétés à la lumière de ce contexte local et ne peuvent être transférés à d'autres régions qu'avec prudence.

Au-delà de ces limites, l'étude présente un intérêt certain pour la recherche et l'action. Elle contribue à documenter un angle encore peu exploré au Burundi : les perceptions et les pratiques des professionnelles de santé face à la demande de planification familiale exprimée par les femmes en contexte de désapprobation du mari. Elle met également en évidence l'importance des ressources locales notamment le rôle des agents de santé communautaires et des tradipraticiens pour améliorer l'accès à la planification familiale en tenant compte des réalités socioculturelles.

En réfléchissant de manière critique à ce travail, plusieurs pistes se dégagent pour de futures recherches. Si cette étude devait être reprise, j'adopterais une approche plus large en intégrant

directement le point de vue des femmes et celui des conjoints, afin de mieux saisir les dynamiques de négociation au sein du couple en matière de fécondité et de planification familiale. Je complétera également l'approche qualitative par une composante quantitative, afin d'apprécier l'ampleur des phénomènes étudiés et d'évaluer leur impact sur le recours aux services de PF. Une attention particulière pourrait aussi être accordée à une analyse comparative des perceptions et des pratiques en fonction des expériences professionnelles, du type de structure et des contextes d'exercice, ainsi qu'à l'extension de l'étude à d'autres zones géographiques. De tels prolongements permettraient d'enrichir l'analyse et de mieux comprendre l'ensemble des enjeux liés à l'accompagnement en planification familiale en général, et plus spécifiquement en contexte de désapprobation du mari, tout en contribuant à la réflexion sur les interventions à mettre en œuvre pour renforcer l'autonomie reproductive des femmes.

CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES

Cette étude visait à comprendre comment les perceptions des professionnelles de santé face à la demande de planification familiale exprimée par les femmes du milieu rural influencent leurs pratiques et leurs postures d'accompagnement, en particulier dans un contexte de désapprobation du mari. Les résultats montrent que cette demande ne peut être comprise en dehors du contexte social dans lequel elle s'inscrit, marqué par des normes de fécondité valorisant la descendance nombreuse et par un pouvoir décisionnel masculin prépondérant. Dans ce cadre, la demande de planification familiale apparaît à la fois légitime du point de vue de la santé reproductive et vulnérable du point de vue conjugal. Face à cette situation, les professionnelles de santé développent des postures et des pratiques variées, qui oscillent entre soutien explicite à l'autonomie des femmes, prudence face aux risques de conflits ou de violence conjugale, et adaptation aux contraintes socioculturelles. Ces pratiques traduisent des arbitrages complexes dans des contextes où la santé reproductive se heurte aux rapports de pouvoir au sein du couple et aux normes dominantes de la société burundaise. Les professionnelles de santé apparaissent comme des actrices centrales, mais leurs marges de manœuvre restent étroitement conditionnées par le cadre institutionnel et social de leur intervention. Parallèlement, les résultats montrent que les femmes élaborent leurs propres stratégies d'adaptation, notamment en recourant à des méthodes contraceptives discrètes pour concilier protection de leur santé et évitement des conflits conjugaux.

L'étude a montré que l'expérience et le parcours professionnel des soignantes jouent un rôle important, sans pour autant effacer la diversité des postures et des pratiques. Les professionnelles de santé les plus expérimentées décrivent souvent une plus grande aisance pour

adapter les discours, évaluer les risques conjugaux et chercher des solutions pour soutenir les femmes. Toutefois, même parmi elles, des postures de prudence ou de dilemmes subsistent lorsque la désapprobation du mari et ses conséquences potentielles sont perçues comme particulièrement lourdes. Les résultats montrent ainsi que les postures ne dépendent pas uniquement de l'expérience, mais se construisent à l'intersection des perceptions de la demande, des normes de genre et de fécondité, des trajectoires professionnelles et des conditions institutionnelles, ce qui confirme l'importance de considérer les pratiques comme des réponses situées. L'étude souligne également que l'implication des hommes constitue un enjeu majeur. Le développement des stratégies ciblées visant à sensibiliser les hommes, à déconstruire certaines représentations et à encourager le dialogue au sein du couple pourrait contribuer à réduire les résistances et à améliorer l'acceptabilité de la planification familiale.

Les résultats mettent en lumière l'existence de leviers importants : renforcement des compétences des professionnelles de santé (notamment en communication et en counseling), soutien institutionnel (directives, supervisions, ressources) et implication des acteurs communautaires. Ces ressources coexistent cependant avec de nombreuses barrières : contraintes organisationnelles (manque de personnel, surcharge de travail, ruptures de stock), normes sociales de genre et de fécondité ainsi que tensions et stress vécues au quotidien par les professionnelles de santé lorsque leurs actions vont à l'encontre des attentes du mari ou de la communauté. L'ensemble de ces éléments montre combien l'accompagnement centré sur la femme est profondément contextuel et dépend d'un environnement où se superposent contraintes et ressources. L'étude montre par ailleurs que la PF ne se limite pas au seul face-à-face entre professionnelles de santé et usagères. D'autres acteurs, comme les agents de santé communautaires, les tradipraticiens, les maris ou certains membres de la famille, interviennent dans le parcours de recours des femmes. Cette pluralité d'acteurs illustre la complexité des parcours de soins et soulignent l'importance d'approches plus intégrées impliquant plusieurs intervenants et adaptées aux contextes locaux.

Dans cette perspective, les résultats plaident pour un dépassement de l'approche strictement médicale de la PF au profit d'une approche intégrative qui prenne en compte les dimensions sociales, culturelles et relationnelles des femmes et des couples. Ils soulignent la nécessité de renforcer les compétences des professionnelles de santé et des acteurs communautaires, d'améliorer les conditions de travail (notamment en termes de disponibilité et de diversité des méthodes contraceptives, condition d'un véritable choix), d'intégrer les hommes dans les programmes de manière réfléchie, et de reconnaître la complémentarité possible entre médecine

moderne et médecine traditionnelle. Ces actions doivent s'inscrire dans un cadre plus large de transformation sociale visant à renforcer l'autonomie des femmes en matière de la santé reproductive.

Cette recherche présente toutefois plusieurs limites. Elle repose sur des données qualitatives recueillies dans un contexte spécifique, ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, elle se concentre principalement sur le point de vue des professionnelles de santé, sans intégrer directement les expériences des femmes ou de leurs conjoints dans les dynamiques de négociation. Néanmoins, elle offre une analyse approfondie des difficultés rencontrées et des tensions vécues par les professionnelles de santé dans la mise en œuvre d'un accompagnement centré sur la femme en contexte de désapprobation maritale, et montre que la planification familiale ne constitue pas seulement un enjeu de santé, mais aussi un enjeu social et relationnel, marqué par des dynamiques de pouvoir et de fécondité propres au contexte burundais.

Du point de vue de la recherche, plusieurs pistes se dégagent. Des études qualitatives complémentaires pourraient approfondir l'analyse des dynamiques de négociation au sein des couples, en intégrant les vécus des femmes et des hommes. Des études quantitatives seraient utiles pour mesurer la fréquence des phénomènes étudiés tels que la désapprobation maritale et évaluer leur impact sur le recours aux services de planification familiale. Une attention particulière pourrait être accordée aux expériences des professionnelles de santé et des acteurs communautaires, en documentant plus finement les tensions, les dilemmes et la charge émotionnelle associés à leur rôle. Il serait également pertinent d'examiner en détail les modalités concrètes de collaboration entre médecine traditionnelle et la médecine moderne, afin d'identifier les conditions d'une complémentarité efficace et acceptable pour les femmes. Des recherches interventionnelles pourraient enfin tester des approches innovantes de renforcement de l'autonomie des femmes, des couples, des communautés ainsi que des dispositifs de soutien aux professionnelles de santé confrontées à des situations de désaccord conjugal.

Dans l'ensemble, cette recherche montre que répondre à la demande de planification familiale au Burundi surtout chez les femmes en contexte de désapprobation du mari, suppose de reconnaître que la planification familiale se situe au croisement de la santé, du social et du relationnel. Intégrer cette complexité apparaît essentiel pour concevoir des interventions capables de mieux comprendre et accompagner les demandes des femmes, tout en tenant compte des contraintes auxquelles elles, leurs maris et les professionnelles de santé sont confrontés.

BIBLIOGRAPHIE

20—*Code des Personnes et de la Famille*. (s. d.).

34. ISTEERBU, & ICF International. (2017). *Troisième Enquête Démographique et de Santé 2016-2017*. (s. d.).

Abdel-Mahamoud, A., Mahamat Nadjib, A., Diguisto, C., Henri, M., Grammatico-Guillon, L., & Emmanuel, R. (2021). Étude des déterminants socioculturels du recours aux services de planification familiale par les femmes au Tchad : Cas de la zone périurbaine d'Abéché. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, SI: 69/SI - EPICLIN 2021*, 69, S74. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.04.128>

Adjamagbo, A., Antoine, P., Toudéka, M. R., & Kpadonou, N. (2024). Mise en couple et devenir des unions : Comparaison de deux capitales ouest-africaines, Cotonou et Lomé. In J. (ed.) Cardi, M. (ed.) Favrot, B. (ed.) astineau, D. (ed.) ni, astineau, az, & C. ed.) s.), *Digressions* (p. 82-111). LPED. <https://hal.science/hal-04914317>

Affo, A. M., Djogbenou, R. Y., Avakoudjo, J. D. G., Degbey, C., Saizonou, J., Acotcheou, P., & Dansou, J. (s. d.). *Influence de l'homme sur les Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (BNS/PF) chez les femmes en union au Bénin*.

Akkari, A. (2025). *Redéfinir les systèmes éducatifs africains à l'horizon 2030 : Nouvelles pistes pour un débat salutaire*. Globethics Publications. <https://doi.org/10.58863/20.500.12424/4321224>

Akoth, C., Oguta, J. O., & Gatimu, S. M. (2021). Prevalence and factors associated with covert contraceptive use in Kenya: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1316. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11375-7>

Ayale Ferede, Y., Tassew, W. C., & Zeleke, A. M. (2025). Predictors of client satisfaction with family planning services in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Global Women's Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1430799>

- Bahimana, A., & Rwenge, J.-R. M. (2021). Déterminants de la non-satisfaction des besoins en planification familiale chez les jeunes femmes mariées au Burundi. *Santé Publique*, 33(3), 445-458. <https://doi.org/10.3917/spub.213.0445>
- Baiden, F., Mensah, G. P., Akoto, N. O., Delvaux, T., & Appiah, P. C. (2016). Covert contraceptive use among women attending a reproductive health clinic in a municipality in Ghana. *BMC Women's Health*, 16, 31. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0310-x>
- Bajos, N., Blum, C., Brousse, C., Condon, S., Ferrand, M., Festy, P., Gaymu, J., Génisson, C., Jaspard, M., Marpsat, M., Maruani, M., Mossuz-Lavau, J., Sermet, C., Adjamagbo, A., Andro, A., Curmi, B., Dubois, J.-L., Gautier, A., & Chamde, R. H. (s. d.). *I. GENRE ET POPULATION, FRANCE 2 000*.
- Bakyono, R., Tapsoba, L. D. G., Lépine, A., Berthé, A., Ilboudo, P. G., Diallo, C. O., Méda, N., & D'Exelle, B. (2020). Utilisation des contraceptifs par les femmes rurales mariées ou en concubinage au Burkina Faso : Une analyse qualitative de l'utilisation d'un bon gratuit. *The Pan African Medical Journal*, 37, 72. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.72.23786>
- Bonnet, D., & Guillaume, A. (s. d.). *La santé de la reproduction : Une émergence des droits individuels*.
- Bouaré, Y. D. B. (2021). *Problématique de la planification familiale en Commune I du District de Bamako* [Thesis, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako]. <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4613>
- Bouirbiten, S., Salhi, S., & Benhsain, W. (2023). Accès aux soins de santé : Freins, défis et exigences d'équité territoriale. Le cas de la Province d'al Haouz, Maroc. *Geografares*, (37). <https://journals.openedition.org/geografares/10488>

Boyer, P. (2021). *Et l'homme créa les dieux—Comment expliquer la religion*. Groupe Robert Laffont.

Burundi : La Femme Burundaise, leader du changement | GIZ Gender. (s. d.). Consulté 1 novembre 2025, à l'adresse <https://gender-works.giz.de/competitions2018/burundi-la-femme-burundaise-leader-du-changement/>

Cahill, N., Sonneveldt, E., Stover, J., Weinberger, M., Williamson, J., Wei, C., Brown, W., & Alkema, L. (2018). Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: A systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *The Lancet*, 391(10123), 870-882.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33104-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33104-5)

Calvès, A. E. (2019). CHAPITRE 10 Santé reproductive et développement. Les défis de la mise en oeuvre d'un programme féministe. In C. Levy, A. Martinez, M. F. Labrecque, S. Bilge, C. Verschuur, O. Curiel, S. Tornhill, C. Catarino, N. Abu-Zahra, E. Regan Wills, E. Swan, S. Bohn, N. Nagels, F. Richard, S. Florquin, M. Dieleman, M. Brouwere, A. E. Calvès, I. Auclair, ... C. Chouinard (Éds.), *Genre, féminismes et développement* (p. 191-206). University of Ottawa Press.
<https://doi.org/10.1515/9782760328266-013>

Calvès, A. E., Dial, F. B., & Marcoux, R. (2018). *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*. PUQ.

Canning, D., Raja, S., & Yazbeck, A. S. (2016). *La transition démographique de l'Afrique : Dividende ou catastrophe?* World Bank Publications.

Charbit, Y. (2021). *Dynamiques démographiques et développement*. ISTE Group.

Charbit, Y. (2022). *Population et questions de développement*. ISTE Group.

Christin-Maitre, S. (2022). La contraception à travers le monde. *médecine/sciences*, 38(5), 457-463. <https://doi.org/10.1051/medsci/2022058>

Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: The unfinished agenda. *The Lancet*, 368(9549), 1810-1827. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69480-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69480-4)

Collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne au Burundi : Une innovation en phase de progrès ! | OMS | Bureau régional pour l'Afrique. (2021, septembre 1). <https://www.afro.who.int/fr/countries/burundi/news/collaboration-entre-la-medecine-traditionnelle-et-la-medecine-moderne-au-burundi-une-innovation-en>

Davis, J., Vyankandondera, J., Luchters, S., Simon, D., & Holmes, W. (2016). Male involvement in reproductive, maternal and child health: A qualitative study of policymaker and practitioner perspectives in the Pacific. *Reproductive Health*, 13(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0184-2>

Délégation des tâches dans le domaine de la planification familiale au Burkina Faso : Qualité des services offerts par le délégataire | Revue médicale panafricaine. (s. d.). Consulté 4 janvier 2026, à l'adresse <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/211380>

Demerre, E. (2024, septembre 24). Belle-fille ou belle-famille toxique : Qui est responsable de tous les conflits ? *La Vie Des Reines*. <https://laviedesreines.com/mariage/belle-fille-ou-belle-famille-toxique-qui-est-responsable-de-tous-les-conflits/>

Doignon, Y., & Oliveau, S. (2025). *Dynamiques du peuplement mondial : Comment la population habite le monde*. ISTE Group.

Duthé, G., Dasré, A., Diemé, B. N., Marcoux, R., Masquelier, B., Pilon, M., Rossier, C., Soura, A. B., & Wayack Pambè, M. (2024). Introduction : Promouvoir et confronter les sources statistiques existantes pour répondre aux enjeux démographiques en Afrique subsaharienne. In G. Duthé, A. Dasré, B. N. Diemé, B. Masquelier, M. Pilon,

- C. Rossier, A. B. Soura, M. W. Pambè, & R. Marcoux (Éds.), *Promouvoir et confronter les sources statistiques existantes pour répondre aux enjeux démographiques en Afrique subsaharienne: Sociétés africaines en mutation* (p. 1-13). Presses de l'Université du Québec. <https://hal.science/hal-04715020>
- Esme, M. L. E., Konan, L. L., Iba, B., Latte, C. K., Dossevi-Diaby, K., Gbane, M., Yapi, A., Manouan, N., & Ake, D. M. (2018). Profil des femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale en Côte d'Ivoire. *African Population Studies*, 33(1). <https://doi.org/10.11564/33-1-1335>
- Falisse, J.-B., Masino, S., & Ngenzebuhoro, R. (2018). Indigenous medicine and biomedical health care in fragile settings: Insights from Burundi. *Health Policy and Planning*, 33(4), 483-493. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy002>
- Family planning/contraception methods*. (s. d.). Consulté 14 juillet 2025, à l'adresse <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Farid, S., Bremner, J., & Anderson, E. (2022). No one left behind: Has the pursuit of FP2020's 120 million additional users goal left some women behind? *Gates Open Research*, 5, 114. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13339.2>
- Fataar, K., Zweigenthal, V., & Harries, J. (2022). Providers' approaches to contraceptive provision in Cape Town. *Frontiers in Global Women's Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.917881>
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Garenne, M. (s. d.). *Planning familial et fécondité en Afrique subsaharienne*.
- Gari, A., Yarlagadda, R., & Wolde-Mariam, M. (2015). Knowledge, attitude, practice, and management of traditional medicine among people of Burka Jato Kebele, West

Ethiopia. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 7(2), 136.

<https://doi.org/10.4103/0975-7406.148782>

Gendreau, F., ed., Poupard, M., & collab. (s. d.). *Les transitions démographiques des pays du Sud*.

Géographie du Burundi. (2024). In *Wikipédia*.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=G%C3%A9ographie_du_Burundi&oldid=215541935

Hakizimana, S., & Odjidja, E. N. (2021). Beyond knowledge acquisition: Factors influencing family planning utilization among women in conservative communities in Rural Burundi. *Reproductive Health*, 18(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01150-7>

Hammersley, M. (2024). Qu'est-ce que la recherche qualitative et que devrait-elle être ? (S. Chkair, Trad.). *Tréma*, (62). <https://doi.org/10.4000/12w0m>

Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Zewdie, D., Darmstadt, G. L., Greene, M. E., Hawkes, S., Heise, L., Henry, S., Heymann, J., Klugman, J., Levine, R., Raj, A., & Gupta, G. R. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440-2454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)

Hugues, G., & Pascal, D. (s. d.). *DIVERSITE DE PERCEPTIONS DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU AJA*.

İlgi Bozdağ. (2015). *The impact of husband's disapproval on the utilisation of contraception in Dar es Salaam/Tanzania*. Unpublished. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3685.4885>

Institut National de la Statistique du Burundi. (s. d.). Consulté 2 octobre 2025, à l'adresse <https://www.insbu.bi/populationDataPageBurundi>

International partnership to boost access to reproductive healthcare. (2023, janvier 19).

World Economic Forum. <https://www.weforum.org/stories/2023/01/international-partnership-to-increase-access-to-family-planning-davos23/>

Intudi, R. K.-K., & Mvibidulu, B. M. (s. d.). *LES DEFIS DE LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DE L'ENFANT EN AFRIQUE CENTRALE. LE CAS DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU.*

ISTEEBU-BURUNDI. (2018). *Enquête Démographique et de Santé 2016-2017 Rapport de synthèse.*

Jain, A. K., & Hardee, K. (2018). Revising the FP Quality of Care Framework in the Context of Rights-based Family Planning. *Studies in Family Planning*, 49(2), 171-179.
<https://doi.org/10.1111/sifp.12052>

John Bongaarts et Karen Hardee. (2018). *Rôle des programmes de planification familiale du secteur public dans la réponse à la demande de contraception en Afrique subsaharienne.*

Kabagenyi, A., Reid, A., Ntozi, J., & Atuyambe, L. (2016). Socio-cultural inhibitors to use of modern contraceptive techniques in rural Uganda: A qualitative study. *The Pan African Medical Journal*, 25, 78. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.78.6613>

Keita, O. (2023). *Obstacles et facteurs facilitants l'utilisation de la planification familiale chez les femmes au CScCom de kalaban coro du District de Bamako.* [Thesis, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako].
<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12725>

Kibira, S. P. S., Karp, C., Wood, S. N., Desta, S., Galadanci, H., Makumbi, F. E., Omoluabi, E., Shiferaw, S., Seme, A., Tsui, A., & Moreau, C. (2020). Covert use of contraception in three sub-Saharan African countries: A qualitative exploration of motivations and

challenges. *BMC Public Health*, 20(1), 865. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08977-y>

Kok, M., Tolani, M., Mtonga, W., Salamba, T., Mwabungulu, T., Munthali, A., Smet, E., & Chinsakaso, B. (2020). Enabling and hindering factors of health surveillance assistants' roles in the provision of contraceptive services in Mangochi, Malawi. *Reproductive Health*, 17(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0906-3>

Kulczycki, A. (2018). Surmonter les Défis de la Planification Familiale en Afrique : Vers la Satisfaction des Besoins Non Satisfaits et L'augmentation de la Prestation des Services. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 22(1), 14-19.

La planification familiale est indispensable pour atteindre les objectifs de la Vision Burundi émergent en 2040 et développé en 2060 – Intumwa. (s. d.). Consulté 8 juillet 2025, à l'adresse <https://intumwa.bi/2024/05/24/la-planification-familiale-est-indispensable-pour-atteindre-les-objectifs-de-la-vision-burundi-emergent-en-2040-et-developpe-en-2060/>

Liyeh, T. M., Dawson, A., Mahimbo, A., & Hayen, A. (2025). Quality matters: The role of service quality in discontinuation of long-acting reversible contraceptives in Sub-Saharan Africa; systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 22(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02091-1>

MacQuarrie, K. L. D., & Aziz, A. (2022). Women's decision-making and contraceptive use in Pakistan: An analysis of Demographic and Health Survey data. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(2), 2020953. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.2020953>

Mannava, P., Durrant, K., Fisher, J., Chersich, M., & Luchters, S. (2015). Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: A systematic

review. *Globalization and Health*, 11(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0117-9>

- Manzer, J. L., Ouellette, L., Tingey, L., Carrillo-Perez, A., Hogan, C., Atkins, N., Carmichael, K., Ramirez, G. G., Magee, M. M., Miller, M. A., Nwankwo, C., Reid, S., Strelevitz, T., Taylor, V., Waddell, W., Wong, M., Yuksel, B., & Blum, J. (2024). Provider Perspectives on Contraceptive Care: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine, Providing Equitable Sexual and Reproductive Health Services*, 67(6, Supplement), S32-S40. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.07.025>
- Melino Ndayizigiye, MD. (s. d.). *Assessment of barriers of contraceptive use in Rural Burundi: A mixed methods study*.
- Moazzam Ali MD, PhD, MPH. (2022). *Contraception et droits de l'homme : Qualité des soins et suivi basés sur les droits dans les programmes de contraception*.
- Moguérrou, L., Vampo, C., Kpadonou, N., & Adjamagbo, A. (2020). Les hommes au travail... Domestique en Afrique de l'Ouest: L'effet modéré des reconfigurations du travail féminin sur les masculinités à Dakar et à Lomé. *Cahiers du Genre*, 67(2), 97-119. <https://doi.org/10.3917/cdge.067.0097>
- Mothiba, T. M., Lebesse, R. T., & Davhana, -Maselesele M. (2012). Indigenous family planning practices in Capricorn district of Limpopo province, South Africa. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, 18(sup-3), 228-239. <https://doi.org/10.10520/EJC128317>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>

- Ndayisenga, A., & Itangishaka, P. (2024). Planification familiale et dividende démographique : Le cas du Burundi. *ESI Preprints (European Scientific Journal, ESJ)*, 20(26), 98-98. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n26p98>
- Newmann, S. J., Mishra, K., Onono, M., Bukusi, E. A., Cohen, C. R., Gage, O., Odeny, R., Schwartz, K. D., & Grossman, D. (2013). Providers' Perspectives on Provision of Family Planning to HIV-Positive Individuals in HIV Care in Nyanza Province, Kenya. *AIDS Research and Treatment*, 2013(1), 915923. <https://doi.org/10.1155/2013/915923>
- Niyongabo, P., Douwes, R., Dieleman, M., Irambona, F., Mategeko, J., Nsengiyumva, G., & De Cock Buning, T. (2018). "Ways and channels for voice regarding perceptions of maternal health care services within the communities of the Makamba and Kayanza provinces in the Republic of Burundi: An exploratory study". *BMC Health Services Research*, 18(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2822-y>
- NORMES ET PROCEDURES EN SANTE DE LA REPRODUCTION*. (2017). 3e édition 2017.
- Nzokirishaka, A., & Itua, I. (2018). Determinants of unmet need for family planning among married women of reproductive age in Burundi: A cross-sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine*, 3(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40834-018-0062-0>
- O.A., A., D.A., B., & E., M. (2022). Factors Influencing Intention to use Family Planning among Ekiti State Female Farmers. *African Journal of Social Sciences and Humanities Research*, 5, 50-61. <https://doi.org/10.52589/AJSSHR-M5X6SSMX>
- OMS. (1978). *Promotion et developpement de la medecine traditionnelle*.
- Opee, J., Opiro, K., Manano, P., Sikoti, M., Ayikoru, J., Akello, H., Laker, F. G., Wolters, M. K., Awor, S., Pebolo, F. P., & Bongomin, F. (2024). "We provide the methods to others, but we don't use the methods ourselves": Challenges with utilization of modern contraception among Female Healthcare Workers at two tertiary teaching

- hospitals, Northern Uganda. *Contraception and Reproductive Medicine*, 9(1), 54.
<https://doi.org/10.1186/s40834-024-00313-8>
- Ouattara, S. (s. d.). *LES FEMMES RURALES FACE A LEUR AUTONOMISATION*.
- Pazol, K., Zapata, L. B., Tregear, S. J., Mautone-Smith, N., & Gavin, L. E. (2015). Impact of Contraceptive Education on Contraceptive Knowledge and Decision Making: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine, Developing U.S. Recommendations for Providing Quality Family Planning Services*, 49(2, Supplement 1), S46-S56. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.031>
- Pierre, I., René, M., Robert, R. M. J., Aloys, N., & Aloys, T. (2024). Facteurs associés à l'Utilisation de la Contraception Moderne Chez les Femmes en Union au Burundi : Tendances et changements de 1987 à 2017. *ESI Preprints (European Scientific Journal, ESJ)*, 20(17), 45-45.
- Plan d'accélération de la planification familiale 2015-2020*. (s. d.). République du Burundi.
- Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) : Santé Sexuelle et Reproductive(SSR). (2025, novembre 10). *Programme National de Santé de la Reproduction «PNSR»*. <https://pnsrburundi.bi/a-propos/>
- Rédaction, L. (2023, décembre 3). *Contraception : Définition, méthodes et importance pour la santé*. <https://umvie.com/contraception-definition-methodes-et-importance-pour-la-sante/>
- Régis, S. J. F. (2023). *Défis de la Transition de la Fécondité au Burundi : Cas de Non-Intention d'Utiliser la Contraception Moderne chez les Femmes en Union* [PhD Thesis, UNIVERSITE DU BURUNDI]. https://www.researchgate.net/profile/Jean-Francois-Sindayihebura/publication/374848163_Defis_de_la_Transition_de_la_Fecondite_au_Burundi_Cas_de_Non-

- Intention_d'Utiliser_la_Contraception_Moderne_chez_les_Femmes_en_Union/links/65f5bc33286738732d57bad3/Defis-de-la-Transition-de-la-Fecundite-au-Burundi-Cas-de-Non-Intention-dUtiliser-la-Contraception-Moderne-chez-les-Femmes-en-Union.pdf
- République du Burundi. Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi (EDSB-III) 2016-2017.* (s. d.).
- Schuller, C. (2018). *La décision médicale dans le champ de l'Assistance Médicale à la Procréation : Une étude sociologique sur les pratiques et les représentations des spécialistes de la reproduction.*
- Schwarz, J., Manirakiza, R., & Merten, S. (2022). Reproductive Governance in a Fragile and Population-Dense Context: Family Planning Policies, Discourses, and Practices in Burundi. *The European Journal of Development Research*, 34(6), 2666-2687.
<https://doi.org/10.1057/s41287-021-00482-1>
- Sentamba, E., & Nsavyimana, Y. J. (2025). Religion and Sexual and Reproductive Health Policy in Burundi. In S. M. Kilonzo & E. Chitando (Éds.), *The Palgrave Handbook of Religion, Health and Development in Africa* (p. 1-18). Springer Nature Switzerland.
https://doi.org/10.1007/978-3-031-62891-7_35-1
- Shukla, A., Acharya, R., Kumar, A., Mozumdar, A., Aruldas, K., & Saggurti, N. (2020). Client-provider interaction: Understanding client experience with family planning service providers through the mystery client approach in India. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1822492.
<https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1822492>
- Shumet, T., Geda, N. R., & Hassan, J. A. (2024). Barriers to modern contraceptive utilization in Ethiopia. *Contraception and Reproductive Medicine*, 9(1), 47.
<https://doi.org/10.1186/s40834-024-00311-w>

- Silumbwe, A., Nkole, T., Munakampe, M. N., Milford, C., Cordero, J. P., Kriel, Y., Zulu, J. M., & Steyn, P. S. (2018). Community and health systems barriers and enablers to family planning and contraceptive services provision and use in Kabwe District, Zambia. *BMC Health Services Research*, 18(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3136-4>
- Sindayihebura J.F.R., Bouba Djourdebbe F., Nganawara D., Manirakiza D., Ndayitwayeko, W., Barankanira E. & Manirakiza R. (2023)., & Sindayihebura Jean François Régis, Ph.D. Student. (s. d.). *Qui Sont les Femmes en Union Sans Intention d'Utilisation de la Contraception Moderne au Burundi ? Etude du Profil Socio-Démographique à Partir des Données de 2010 et 2016-2017*.
- Singoye, E., Djourdebbé, F. B., Manirakiza, R., Bassinga, H., & Toyi, A. (2024). Facteurs Contextuels et Individuels de la Fécondité des Femmes en Union Agées de 15 à 49 ans au Burundi. *ESI Preprints (European Scientific Journal, ESJ)*, 20(35), 83-83. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n35p83>
- Solo, J., & Festin, M. (2019). Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations. *Global Health, Science and Practice*, 7(3), 371-385. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00130>
- Sougou, N. M., Sougou, A. S., Bassoum, O., Lèye, M. M. M., Faye, A., & Seck, I. (2020). Facteurs associés à l'autonomie de décision des femmes pour leur santé au Sénégal. *Santé Publique*, 32(4), 381-388. <https://doi.org/10.3917/spub.204.0381>
- Starbird, E., Norton, M., & Marcus, R. (2016). Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals. *Global Health: Science and Practice*, 4(2), 191-210. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00374>
- Starrs, A. M., Ezech, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S.,

- Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642-2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Sully, E. A., Biddlecom, A., Darroch, J. E., Riley, T., Ashford, L. S., Lince-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2020). *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. <https://doi.org/10.1363/2020.31593>
- Tabutin, D. (s. d.). *Vers une théorie planétaire de la fécondité ?*
- Tabutin, D., & Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI^e siècle: Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, 75(2), 169-295. <https://doi.org/10.3917/popu.2002.0169>
- Taïba Germaine AINYAKOU et al. (s. d.). *Revue Internationale de Linguistique Appliquée, de Littérature et d'Éducation*.
- Tertrais, B. (2020). *Le Choc démographique*. Odile Jacob.
- UNFPA. (2014, mai). *Santé Sexuelle et Reproductive : Un Composant Essentiel de la Couverture Sanitaire Universelle*.
- Wagner, Z., Moucheraud, C., Shah, M., Wollum, A., Friedman, W., & Dow, W. H. (2025). Reducing Bias Among Health Care Providers: Experimental Evidence from Tanzania, Burkina Faso and Pakistan. *The Economic Journal*, 135(670), 1891-1922. <https://doi.org/10.1093/ej/ueaf012>
- Wilfrid NSABIMBONA. (2023). *De l'évaluation des politiques publiques : Cas de la politique démographique du Burundi mise en place entre 2008 et 2022*.
- Willaime, J.-P. (2021). *Sociologie des religions*. Humensis.

- Yassine, A., & Idrissi, N. E. (2025). Facteurs déterminants de la fécondité au Maroc : Est-ce que l'autonomisation des femmes compte ? *Les Cahiers du Plan*, (58), 3-24.
<https://doi.org/10.34874/PRSM.cdp-i58.45196>
- Yirgu, R., Wood, S. N., Karp, C., Tsui, A., & Moreau, C. (2020). “You better use the safer one... leave this one”: The role of health providers in women’s pursuit of their preferred family planning methods. *BMC Women’s Health*, 20(1), 170.
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01034-1>
- Zoetyande, W.-Y. S., Yameogo, A. R., & Kenkou, K. N. (2020). Besoins non satisfaits en matière de planification familiale : Déterminants individuels et contextuels au Burkina Faso. *Santé Publique*, 32(1), 123-140. <https://doi.org/10.3917/spub.201.0123>

