REVUE INTERNATIONALE DAMBE
REVUE SEMESTRIELLE MULTIDIMENSIONNELLE DU CERFDES
ISSN : 1987- 1996

VOLUME 1 - NUMERO 2
JUIN 2025

MUTATIONS SOCIÉTALES EN AFRIQUE : REGARDS CROISÉS

https://revuedambe.cerfdesconsulting.com

Bamako-Mali

Revue Internationale DAMBE

Valorisation des savoirs endogènes et promotion de la recherche scientifique.

PRESENTATION

La revue Internationale « Dambé » qui est un mot bambara signifiant la dignité, est une revue qui vise à promouvoir la recherche scientifique en mettant en valeur les savoirs endogènes en Afrique et ailleurs. C'est une revue semestrielle adossée au Centre d'études, de Recherche et de Formation sur les Dynamiques Économiques, Environnementales et Sociales (CERFDES). À l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an (Juin et Décembre).

Ayant un intérêt particulier pour les sciences sociales, elle reçoit des contributions de doctrine livrant des réflexions sur toutes les questions ou problématiques actuelles dans des domaines tels que, la géographie, l'économie, le droit, la santé et tout autre sujet concernant les sciences sociales, humaines et environnementales.

Les articles soumis à la revue Dambé sont évalués de façon rigoureuse par un comité scientifique et de lecture composés de chercheurs et d'enseignants-chercheurs de diverses nationalités et de spécialités variées. Tous les articles publiés restent accessibles librement par les auteurs ainsi que par les lecteurs sur le site de la revue, à l'exception des numéros spéciaux.

COMITE EDITORIAL

Président du Comité Scientifique

Pr Balla DIARRA, Professeur titulaire en Géographie, École Nationale d'Administration

Coordinateur Scientifique

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences en sociologie de la santé, INFTS

Rédacteur en Chef

Dr Idrissa DEMBELE, Maître assistant en droit, USJPB

Rédacteur en Chef Adjoint

Dr Adama Koné, Géographe, CERFDES

Coordonnateur des Rubriques Sciences de la Santé

Dr Abdoul Salam DIARRA, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali

Directeur de publication

Dr Malick TIMBINE, Maître assistant en Géographie, environnement et santé, ISH

COMITE SCIENTIFIQUE

Pr Balla DIARRA, Géographie, Ecole Nationale d'Administration, Mali

Pr Flatie OUATTARA, philosophie, Université Joseph K. Zerbo, Burkina Faso

Pr Seydou MARIKO, Géographie, Ensup de Bamako, Mali

Pr Cheich Hamala TOURE, Professeur titulaire, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako (USJPB), Mali

Pr Brema Ely DICKO, Sociologue, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Aboubacar Sidiki COULIBALY, littérature anglaise, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Belco OUOLOGUEM, Philosophie, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Nouhoum TANDINA, Maitre de Conférences CAMES, USJPB

Dr Amadou TRAORE, Maître de conférences CAMES en sociologie, Université de Ségou.

Dr Fodié TANDJIGORA, Sociologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Boureima TOURE, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Seydou LOUA, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Abdoulaye GUINDO, Anthropologie médicale, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Kawélé TOGOLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Almamy SYLLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Amadou BAMBA, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Baba COULIBALY, Géographie Maître de Recherche à l'ISH. Mali

Dr Aimé Assué YAO, Géographie, Maître de conférences CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte D'ivoire.

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Papa Fara DIALLO, Maitre de conférences en sciences politiques, Université Gaston Berger de saint Louis, Sénégal

Dr Boubacar dit Dédé TRAORE, Archéologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr N'Gna TRAORE, anthropologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr Issa DIALLO, Maitre de conférences en sociologie de la santé, INFTS.

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB.

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Allaye NIANGALY, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Abdoul SOGODOGO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Oumar Toumaly DIALLO, Maitre de conférences, USJPB

Dr Samba SOGOBA, Maître de Conférences, USJPB

Dr Yamadou CAMARA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Ahmed SAMAKE, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Fousseyni DOUMBIA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Sounko SISSOKO, Maitre de Conférences, Université de Ségou

Dr Lamine SANDY, Sociologie, Maitre de recherche, INFTS, Mali

COMITE DE LECTURE

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences des Universités du CAMES en sociologie de la santé, INFTS

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Éducation, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Yacouba TENGUERI, Maître-assistant CAMES Sociologie, Université de Dédougou, Burkina Faso.

Dr Amadou BAMBA, Maitre-assistant CAMES, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Yéo LANZENI, Maître-assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.

Dr Mesmer Luther GUEUYOU, Centre d'études de droit international de l'université Paris Ouest, Enseignant chercheur à l'université de Nantes.

Dr Solim ALEKA, Docteur en Droit public, Ministère de la Santé du TOGO.

Dr Hamidou NAPARE, Sciences de l'éducation, Chargé de Recherches à l'INFSS.

Dr Bakaye TOGOLA, Anglais, études africaines et postcoloniales, UCAD

Dr Issa TOGOLA, Maître assistant en Géographie, Institut de sciences humaines, Bamako.

Dr Soufiana Souleymane MAIGA, didactique des langues université de touba Arabe.

Dr Drissa TRAORE, Maître assistant CAMES, Université de Daloa, RCI.

Dr Tiecoura Hamed COULIBALY, Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo.

Dr Siaka DOUMBIA, Maître assistant en Géographie, Université de Ségou.

Dr Francis Birama Daba SARR, philosophe, Université cheikh Anta Diop de Dakar.

Dr Falingué KEITA, Économie, USSGB.

Dr Harouna BAGAYOKO, Géographie, USSGB.

Dr Adama KONÉ, Géographie, Université de gestion et de développement durable de Bamako.

Dr Amadou SOW, Droit, Centre d'Etudes, de Recherche et de Prospective en Afrique – CERPA (Mali).

Dr Ibrahima BAMBA, Droit, Institut de pédagogie universitaire de Bamako (IPU)

Dr Lassine DIARRA, Maître-Assistant USJPB.

Dr Adama KONE, Géologie, Maître-Assistant à la FST

Dr Issa OUATTARA, Maître assistant en Géographie, INFTS de Bamako.

Dr Oumar DEMBELE, Géographie, point SUD.

Dr Oumar KONÉ, philosophie, USLHB.

Dr Abdou Bougoury TRAORE, Économie de l'environnement, USSGB.

Dr Lassina TOGOLA, logisticien, USSGB.

Dr Ousmane DOUMBIA, Marketing communication, USSGB.

Dr Toumani KANTE, sciences agronomiques, IER.

Dr Youssouf GUINDO, Géographie de l'environnement, ENSUP.

Dr YAO Koffi Bertrand, Maître assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouet Boigny d'Abidjan.

Dr Abdoulaye MAIGA, Économie politique, USSGB.

Dr Abdoul wahab Issiaka MAIGA, Administration Éducative et planification. Université privée Attaoune (UPA), BAMAKO

Dr Ousmane Famagan KONATE, Droit public.

Dr Malick TIMBINE, Géographie, environnement et Santé, Maître-Assistant à l'ISH.

Dr Moussa FOFANA, anthropologie de la santé, Maître-Assistant à L'ISH.

Dr Lala Aïché TRAORE, Lettre Moderne, Maître- Assistant à l'ISH.

Dr Yaya SIDIBE, Économie, Maître Assistant à l'USSGB.

Dr Mamoutou BERTHE, Philosophie à l'ENSup.

Dr Abdoulaye N'Tigui KONARE, économiste, Maître- Assistant à l'USSGB.

Dr Boubacar KONATE, Maître-Assistant à l'INFTS.

Dr Ousmane SY, Maître de recherche, Epidémiologiste, Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali.

Dr Abdoul Salam Diarra, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali.

Dr Idrissa DEMBELE, droit, Maitre-Assistant, USJPB

Dr Bengaly GUINDO, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Sory Ibrahim Maiga, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Mohamed BERTHE, droit Maitre-Assistant, École supérieur de journalisme et des sciences de la communication, Bamako

Dr Seydou MALLET, droit, USJPB

Dr Oumar CAMARA, droit, Maitre-Assistant en droit USJPB

Dr Bakary KONE, Maitre-Assistant à l'Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako.

Dr Lamine Boua COULIBALY, Géographie, Maitre-Assistant à l'Université de Ségou.

Dr Soumaila COULIBALY, Psychologie, Enseignant chercheur à l'université des sciences sociales et de gestion de Bamako.

Dr Seydou Soungalo COULIBALY, Sciences de l'éducation, à l'IPU de Bamako.

Dr Ibrahim Amara DIALLO, Philosophie politique et morale, ULSHB.

Dr Ibrahim KONE, relations internationales, FSAP, Bamako

Dr Moïse Jean, Docteur en droit public à l'Université de Nanterre, Chercheur postdoctoral à l'Université de Genève.

SOMMAIRE

Adama KONE, Tenemaka SANOGO, Oumar DEMBELE, Malick TIMBINE

FILLES DOMESTIQUES DANS LE PROCESSUS MIGRATOIRE A BAMAKO : CAS DE LA COMMUNE V. 1

FEMALE DOMESTIC WORKERS IN THE MIGRATION PROCESS IN BAMAKO: THE CASE OF COMMUNE V 1

Didier Kouamé KONAN, Seydou DIARRA, Koulotioloma Issa SORO, Narcisse ASSI-KAUDJHIS

GESTION DU SOL URBAIN ET RECOMPOSITION SPATIALE DANS LA COMMUNE DE SONGON 24

URBAN LAND MANAGEMENT AND SPATIAL RECOMPOSITION IN THE COMMUNE OF SONGON 24

Youssouf TRAORE, Baba COULIBALY

DECENTRALISATION ET DEVELOPPEMENT LOCAL AU MALI : DYNAMIQUES HISTORIQUES, TRANSFORMATIONS SOCIOECONOMIQUES ET ROLES DES ACTEURS TERRITORIAUX DANS LES COMMUNES RURALES DE BAGUINEDA-CAMP ET KALABANCORO 43

DECENTRALIZATION AND LOCAL DEVELOPMENT IN MALI: HISTORICAL DYNAMICS, SOCIOECONOMIC TRANSFORMATIONS, AND THE ROLES OF LOCAL ACTORS IN THE RURAL MUNICIPALITIES OF BAGUINEDA-CAMP AND KALABANCORO..... 43

Kouamé Fréderic N'DRI, Emile Aurélien AHUA

COMSOMMATION DES PRODUITS AVICOLES CHEZ LES ETUDIANTS : ANALYSE COMPARÉE DANS LES VILLES DE SAN-PEDRO ET DE BOUAKE 67

CONSUMPTION OF POULTRY PRODUCTS AMONG STUDENTS: A COMPARATIVE ANALYSIS IN THE CITIES OF SAN-PEDRO AND BOUAKE 67

COULIBALY Tiécoura Hamed, N'ZUE Koffi Pascal, GOLI Kouakou Camille, KOUASSI Kouamé Sylvestre

PENSER LE DEVELOPPEMENT TERRITORIAL AUTREMENT : L'APPROCHE MICMAC APPLIQUEE AU DISTRICT AUTONOME DU SASSANDRA -MARAHOUE (CENTRE OUEST IVOIRIEN) 86

RETHINKING TERRITORIAL DEVELOPMENT: THE MICMAC APPROACH APPLIED TO THE SASSANDRA-MARAHOUÉ AUTONOMOUS DISTRICT (CENTRAL-WESTERN CÔTE D'IVOIRE)..... 86

NDJELEBO-OTIBI Helsie-Danicha, BIVEGUE-BIVEGUE André Géraud Le Brun, BILOGHE BENGONE Chancia, ZOO EYINDANGA René Casimir

GESTION DES DECHETS MENAGERS DANS LE PREMIER ARRONDISSEMENT DE NTOUM 108

HOUSEHOLD WASTE MANAGEMENT IN THE FIRST DISTRICT OF NTOUM 108

Oumar PLEA, Alassane TOURE

ORPAILLAGE ET RISQUE DE DEGRADATION DES SERVICES ECOSYSTEMIQUES D'APPROVISIONNEMENT, DANS LA COMMUNE RURALE DE SITAKILY/LOULO/CERCLE DE KENIEBA..... 134

GOLD PANNING AND THE RISK OF DEGRADATION OF SUPPLY ECOSYSTEM SERVICES IN THE RURAL COMMUNE OF SITAKILY/LOULO/KENIEBA CIRCLE..... 134

Salif SOUMARE, Seydou MARIKO, Djibrilla Alhadji CISSE et Dommo TIMBELY

PERIMETRE IRRIGUE DE BAGUINEDA : EVOLUTION CLIMATIQUE ET PERCEPTION DE LA POPULATION LOCALE..... 152

BAGUINEDA IRRIGATED AREA: CLIMATE CHANGE AND THE PERCEPTION OF THE LOCAL POPULATION 152

Oumar SIDIBÉ

ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ESPECE *VITELLARIA PARADOXA* (KARITE) DANS UN CONTEXTE DE LA DEFORESTATION DANS LA COMMUNE RURALE DE BINKO 168

ANALYSIS OF THE SITUATION OF THE SPECIES VITELLARIA PARADOXA (SHEA) IN THE CONTEXT OF DEFORESTATION IN THE RURAL COMMUNE OF BINKO 168

Anna DIALLO

UTILISATION ET MODES D'APPROVISIONNEMENT EN SOURCES D'ENERGIES DOMESTIQUES DANS LA COMMUNE DE KITA 188

USE AND SUPPLY METHODS OF DOMESTIC ENERGY SOURCES IN THE COMMUNE OF KITA 188

SOUMANA Abdoul-wahab

FACTEURS EXPLICATIFS ET IMPLICATIONS DE L'ENGOUEMENT DES FEMMES MARIEES POUR L'APPRENTISSAGE DES SCIENCES ISLAMIQUES DANS LES ECOLES CORANIQUES DE LA VILLE DE ZINDER 208

EXPLANATORY FACTORS AND IMPLICATIONS OF MARRIED WOMEN'S ENTHUSIASM FOR LEARNING ISLAMIC SCIENCES IN QURANIC SCHOOLS IN THE CITY OF ZINDER 208

NKONGOLO KAAJILA Dieudonné, BAYA MUZELA Jean Claude

DETERMINANTS DE LA STRUCTURATION DES ACTEURS DES FILIERES AGROALIMENTAIRES AU KASAÏ-ORIENTAL EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO..... 224

FACTORS DETERMINING THE STRUCTURE OF AGRI-FOOD INDUSTRY PLAYERS IN KASAÏ-ORIENTAL IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO 224

KABEYA KABEYA Cédrick, BIUMA LUMBALA Naomie

PROFIL DES DIRIGEANTS ET PERFORMANCE DES PETITES ET MOYENNES ENTREPRISES A MBUJIMAYI (REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO) 237
MANAGEMENT PROFILES AND PERFORMANCE OF SMALL AND MEDIUM-SIZED BUSINESSES IN MBUJIMAYI (DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO) 237
Moussa FOFANA
SEXUALITE ET RECOURS AUX SAVOIRS ENDOGENES DE CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTES DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI) 265
SEXUALITY AND USE OF ENDOGENOUS CONTRACEPTIVE KNOWLEDGE AMONG ADOLESCENT GIRLS IN COMMUNE VI, DISTICT OF BAMAKO (MALI) 265
Oumarou AROU, Malick TIMBINE, Moussa FOFANA
ROLE DES RELAIS COMMUNAUTAIRES DE SANTE (RCS) ET DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF) DANS LA PREVENTION DU PALUDISME AU MALI : L'EXEMPLE DES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE SENOU (A. SA.CO.SE) ET DE YIRIMADIO (A. SA.CO. YI) 284
THE ROLE OF COMMUNITY HEALTH RELAYS (CHNS) AND TECHNICAL AND FINANCIAL PARTNERS (TFPS) IN MALARIA PREVENTION IN MALI : THE EXAMPLE OF THE SÉNOU (A. SA.CO.SE) AND YIRIMADIO (A. SA.CO. YI) COMMUNITY HEALTH CENTRES 284
Boucari DJIGUIBA, Kanchi GOITA
OBSTACLES LIES A LA LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DES ENFANTS DANS LE DISTRICT DE BAMAKO (MALI) 301
OBSTACLES TO THE FIGHT AGAINST CHILD LABOR IN THE DISTRICT OF BAMAKO (MALI) 301
Koiworo COULIBALY
ETAT DES LIEUX DE L'INSTRUMENTATION DU KONABERE (BOBOFING) AU MALI ET PERPECTIVES 322
STATE OF PLAY OF THE INSTRUMENTATION OF KONABERE (BOBOFING) IN MALI AND PERPECTIVES 322
Bassy KANOUTE
SECTEUR INFORMEL DANS L'ECONOMIE MALIENNE, ENTRE SURVIE ET MOTEUR ECONOMIQUE : CAS DU DISTRICT DE BAMAKO 336
THE INFORMAL SECTOR IN THE MALIAN ECONOMY: BETWEEN SURVIVAL AND ECONOMIC DRIVER: THE CASE OF THE DISTRICT OF BAMAKO 336
JEANCY TSHILENGI TSHIUNZA
CHOMAGE ET ACCES AU PREMIER EMPLOI DES JEUNES DIPLOMES D'UNIVERSITES : CAS DE LA VILLE DE MBUJIMAYI, RDC 353
UNEMPLOYMENT AND ACCESS TO FIRST JOBS FOR UNIVERSITY GRADUATES: THE CASE IN MBUJIMAYI, DRC 353
ZOLO-M'BOU Dergy-Strede
VARIABILITE SPATIO-TEMPORELLE DES ILOTS DE CHALEUR URBAINS DANS L'AGGLOMERATION DE LIBREVILLE (GABON), A PARTIR DES MESURES IN SITU DE LA TEMPERATURE DE L'AIR DURANT LA PERIODE 2022-2023 ET THERMOGRAPHIES LANDSAT. 369
SPATIO-TEMPORAL VARIABILITY OF URBAN HEAT ISLANDS IN THE LIBREVILLE AGGLOMERATION (GABON), BASED ON IN SITU MEASUREMENTS OF AIR TEMPERATURE DURING THE PERIOD 2022-2023 AND LANDSAT THERMOGRAPHS. 369
Lassina BERHE, Malick TIMBINE
ETUDES DU RECOURS AUX SOINS PAR LES USAGERS DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KALABAN CORO AU MALI 396
STUDIES ON ACCESS TO HEALTHCARE BY USERS OF THE KALABAN CORO REFERENCE HEALTH CENTER IN MALI 396

SEXUALITE ET RECOURS AUX SAVOIRS ENDOGENES DE CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTES DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)

SEXUALITY AND USE OF ENDOGENOUS CONTRACEPTIVE KNOWLEDGE AMONG ADOLESCENT GIRLS IN COMMUNE VI, DISTICT OF BAMAKO (MALI)

Moussa FOFANA, Enseignant-Chercheur à l'Institut des Sciences Humaines de Bamako (ISH)

Email : moussa2012fofana@yahoo.fr

Résumé

Cet article porte sur la sexualité et recours aux savoirs endogènes de contraception chez les filles adolescentes à Bamako. Nous nous sommes appuyés sur l'enquête ethnographique afin de collecter les données. L'étude montre que les contraceptives modernes contiennent des produits chimiques pouvant provoquer des fausses-couches et de rendre stériles les jeunes femmes en âge de procréer. Les résultats de l'étude montrent que les contraceptifs modernes provoquent un problème social et un problème de santé publique. Ils sont présentés comme des moyens de prévention de grossesses non désirées et en même temps comportent des risques sanitaires allant dans le sens de bouleverser les normes reproductives et de la descendance. C'est ce qui expliquent le recours des adolescentes aux savoirs endogènes de contraception comme alternative en vue de préserver leur fécondité.

Mots clés : savoirs, endogènes, adolescentes, contraceptions, Bamako (Mali).

Abstract

This article focuses on sexuality and the use of endogenous knowledge of contraception among adolescent girls in Bamako. We relied on ethnographic research to collect the data. The study shows that modern contraceptives contain chemicals that can cause miscarriages and render young women of childbearing age infertile. The results of the study show that modern contraceptives cause a social problem and a public health problem. They are presented as means of preventing unwanted pregnancies and at the same time carry health risks that tend to disrupt reproductive and offspring norms. This explains the recourse of adolescents to endogenous knowledge of contraception as an alternative in order to preserve their fertility.

Keywords : knowledge, endogenous, adolescents, contraception, Bamako (Mali).

Introduction

Le Mali, comme les autres pays africains, est engagé dans le programme de planification familiale dans le souci de la maitrise de la fécondité. Cette politique de contrôle de la croissance de sa population permet et surtout l'amélioration de la santé maternelle (Guengant, 2011). Si certains travaux soutiennent l'hypothèse selon laquelle la croissance démographique est un levier du développement (Soura, 2014), un nombre croissant des études issues de différentes disciplines montrent l'inverse que le bien-être humain est menacé par le rythme insoutenable de la croissance démographique (Van Braeckel et al., 2012). A l'opposé la contraception moderne aux fins de la planification familiale a été longtemps prônée et perçue, aussi bien au sein des populations que dans les structures sanitaires, comme l'affaire des femmes au foyer pour limiter les naissances. Or, le constat est que les adolescentes prennent aussi de la contraception moderne pour ne pas être en déphasage avec les normes qui régulent les liens du mariage. Par ailleurs, les études antérieures ne sont pas restées indifférentes, les chercheurs en sciences sociales, Issa Diallo et Abdoulaye Guindo (2020), montrent entre autres l'engouement des jeunes femmes aux pratiques traditionnelles de contraception au détriment des méthodes contraceptives modernes. Dans ce contexte, Moriké Dembélé et al (2024), montrent à cet effet que le recours aux moyens contraceptifs modernes représente 10 % (Dembélé et al, 2022 : 45). Ce faible recours aux contraceptifs modernes s'explique par les effets secondaires sur la santé et l'interdiction d'une sexualité socialement reprouvée. Comme le rappelle Didier Fassin (1996), qu'en négligeant l'ordre culturel, les discours et les compagnes de santé publique aboutissent paradoxalement à renforcer les écarts par incidence qu'ont les populations locales, qui s'y montrent les plus sensibles. Ceci montre que les recours aux savoirs ethno-médicaux de contraception sont considérés comme des alternatives pour pallier les risques sanitaires et sociaux que peuvent causer l'usage de contraceptives modernes. Cet article s'inscrit en partie dans cette logique. Ainsi, nous avons choisi de formuler la question de recherche de la manière suivante : comment peut-on comprendre la nécessité d'utiliser les savoirs et pratiques endogènes comme méthode de contraception chez les adolescentes à Bamako ? L'objectif de cet article est de cerner les perceptions locales sur les contraceptifs modernes et éventuellement le recours aux savoirs et pratiques endogènes de contraception. Ce questionnement soulève un ensemble de préoccupations.

Nous dégageons à partir de la question de recherche les hypothèses suivantes : Les méthodes contraceptives modernes comportent des risques pour la santé des acteurs sociaux à Bamako.

Les adolescentes croient à l'efficacité des méthodes contraceptives traditionnelles au détriment des méthodes contraceptives modernes.

1. Méthodologie de recherche

1.1. Méthodes et outils de collecte de données

La méthodologie utilisée ici repose essentiellement sur la démarche qualitative. L'approche qualitative permet de saisir les perceptions sur les contraceptifs modernes et le recours aux savoirs et pratiques endogènes de contraception. En effet, l'instrument qui convient pour la collecte de données est le guide d'entretien de type semi-directif. Comme l'ont montré Moriké Dembélé et ses collaborateurs (2022 : 45), cette étude porte ainsi sur le pan de la culture, et de ce fait l'entretien semi-directif permet de saisir de manière approfondie les enjeux de cette retournement de la situation avec en toile de fond les savoirs et pratiques endogènes de contraception traditionnelles. Comme le rappelle Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan :

« L'entretien reste le mieux privilégié, souvent le plus économique pour produire des données discursives donnant accès aux représentations épiques, autochtones, indigènes, locales. Ce sont des notes d'entretiens qui constitueront la plus grossesse part du corps de données de l'anthropologue » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Dans ce contexte, l'ethnographe doit « laisser courir son regard sans s'obstiner sur une seule piste, écouter tout de soi sans se contenter d'un seul message, se pénétrer des ambiances et chercher finalement à discerner les dimensions essentielles du problème à étudier » (Quivy, Campenhoud, 1988 : 75). L'observation ethnographique auprès d'acteur dans la commune VI du district de Bamako a accompagné la collecte de données sur les perceptions locales des contraceptifs modernes d'une part. Et le recours aux savoirs endogènes de contraceptions traditionnelles. Les techniques d'entretiens usitées oscillent entre la formalisation et l'informalité. L'enquête s'est déroulée auprès des adolescentes dont l'âge varie entre 15 à 19 ans. Dans un ouvrage dirigé par Alain Giami et Marie-Ange Schiltz, les auteurs ne semblent pas faire de distinction entre « fille » et « adolescente » (ils ne font pas référence à l'âge, « jeune »). Cependant, les auteurs parlent de « filles » lorsque les enquêtées n'ont pas eu de relations sexuelles ou de rapports sexuels avec pénétration vaginale et adolescente » s'appuie également sur le niveau de consentement du rapport sexuel (Giami et al., 2004 :15).

Le guide d'entretien auquel ont été soumises (39) enquêtées est articulé sur les perceptions locales des contraceptifs modernes en lien avec la question cruciale de recours aux savoirs endogènes de contraception. Etant donné que le chercheur ne peut observer les rapports sexuels avec ou sans méthodes contraceptives. C'est ce qui explique les difficultés de l'ethnographe à collecter les données sur la sexualité des adolescentes. Le démographe, Michel Bozon est l'un des chercheurs qui a le mieux évoqué cette difficulté d'observer l'inobservable (1999). Selon lui, les actes sexuels ne sont pas directement observables : « L'activité sexuelle humaine ne s'est jamais donnée à voir, même aux époques et dans les cultures où l'intimité n'existe pas » (Bozon, 1999 : 4).

L'auteur montre que dans la mesure où l'on ne peut pas donner à voir ni observer les actes sexuels, à moins de les transformer en spectacle, on ne peut « connaitre » les pratiques physiques de la sexualité qu'à travers les déclarations et le langage. Dans le prolongement de cette idée, Isabelle Clair, rappelle *« qu'on peut toujours être témoin d'une étreinte, d'un baiser, de caresse »* (Isabelle, 2005 : 92). C'est pourquoi pour approcher ces pratiques *« enfermées dans l'enclave de l'intimité, le chercheur sur la sexualité ne peut se contenter d'être un simple voyeur, à la façon de ceux qui regardent ce qui, malgré tout, se donne à voir, comme les prostituées sur les quais, ou les magazines pornographiques »* (Bozon, 1995 : 48). L'impossibilité d'observé l'inobservable part du fait que le corps de l'homme a été et toujours un objet sacré selon les religions et les sociétés. A raison de son caractère sacré, l'accès à la sexualité ne peut être vu ni observée si ce n'est par ceux qui ont engagé l'acte sexuel. Comme le rappelle Bruno Proth (2003), en général : *« ce qui pose problème lorsqu'il s'agit d'enquêtes qualitatives à propos de la sexualité relève bien de la notion de distance à un objet lié à l'intimité »* (Proth, 2003 : 36).

2. Résultats

2.1 Perceptions des pratiques contraceptives modernes versus risques sociaux

Au Mali, la procréation est valorisée mais elle se trouve encadrée par des normes sociales. Et quand la grossesse de l'adolescente n'obéit pas aux normes du mariage, elle peut être vue comme un désordre. Dans les cas de grossesses hors normes figurent les grossesses extraconjugales. En effet, une fille enceinte perd de sa valeur marchande sur le marché matrimonial si ce processus normal du mariage n'est pas observé, elle devient « gâtée » et détruit son image aux yeux des éventuels prétendants et de leurs familles car porteuse désormais du stigmate visible de la grossesse et plus tard de l'enfant. Quant à l'enfant qui

sera né, il entre dans le rang de ce que le sociologue Français Luc Boltanski (2004) appelle « les êtres inclassables ». L'enfant né hors mariage est le type d'enfant que les Bambaras désignent par « *batara den* », pour évoquer l'individu sans père, ou « *gna mogo den* » (enfant de la fornication). Un enfant conçu en dehors du mariage porterait, selon un leader religieux interrogé, un double tort toute sa vie : être soustrait de sa lignée réelle et vivre la honte toute sa vie.

« Dans le coran, vous savez qu'il y a ce qu'on appelle les textes. Cet enfant, est comparable au chien. C'est le chien, c'est le petit du chien, on ne cherche pas son père, les petits appartiennent à la chienne. Et dans l'Islam c'est exactement le même texte pour l'enfant né hors mariage. C'est pour ça que je dis que vous portez un double tort à l'enfant, car premièrement vous l'avez soustrait de la lignée de quelqu'un pour le mettre dans votre lignée, c'est un vol que vous avez fait. Deuxièmement, vous avez couvert pour toute sa vie de honte parce que chaque jour qu'il va se rappeler de sa lignée, il va avoir honte. Par exemple il ne peut pas assumer une certaine responsabilité religieuse. Il ne peut pas être imam par exemple », (IM-42 ans, leader religieux).

Bien que les méthodes contraceptives modernes consistent à prévenir les grossesses hors mariage. Dans ce contexte culturel, la sexualité des adolescentes est considérée comme un « manquement aux règles de la chasteté » et de la dépravation des mœurs dans la biographie contraceptive. La religion condamne la sexualité et les grossesses hors normes des jeunes femmes qui ne sont pas encore mariées. L'usage des méthodes contraceptives modernes révèlerait cette sexualité reprouvée. Selon FA :

« Prendre les contraceptives modernes signifie qu'on est dans la relation. La religion interdit les contraceptifs modernes car elles encouragent l'infidélité des jeunes qui ne sont pas encore dans le mariage. Dans notre société, une jeune fille ne doit pas avoir de rapport sexuel avant le mariage alors si on les prend cela veut dire qu'on entretient une relation ou bien rire… », (FA, 19 ans, deuxième année de Finance-comptabilité).

Le recours aux méthodes contraceptives modernes chez les adolescentes à Bamako, confirme ce fait d'être dans une relation qui a pour finalité le rapport sexuel avec pénétration vaginale. Il n'est pas surprenant d'entendre dans le discours de certains religieux. IC, 46 ans, religieux

abonde dans le même sens en disant : *« Si une fille arrive vierge à son premier mariage cela sauvera sa famille du feu de l'enfer ».*

A la lumière de cet extrait d'entretien, on voit comment la religion semble être hostile à la contraception des jeunes filles non mariées. La sexualité de ces dernières est reprouvée socialement et constitue un manque de respect envers Dieu, c'est ce qui explique cette peur de fréquenter les services de santé sexuelle et reproductive. Lorsque le désir sexuel se manifeste, elles sont obligées de faire et sans mesure de protection.

2.2 Risques sanitaires induit par les contraceptifs modernes

Pour ne pas être en déphasage avec les normes de la procréation, les adolescentes craignent les répercussions des moyens contraceptifs modernes sur l'appareil reproducteur. Selon les rumeurs qu'elles ont reçu de celles qui ont fait l'expérience, l'usage répétitif des contraceptifs modernes serait à l'origine de nombreux problèmes notamment de fausses couches, la stérilité ou l'infertilité et qui sont entre autres sources de conflits matrimoniaux. C'est ce qui ressort dans le discours des interviewées, des propos comme ceux de DB :

« On a dit que ces produits ce n'est pas bon, que ça rend les femmes stériles. Parait-il que ça s'accumule dans le ventre de la femme et ça se fini par bloquer les trompes et on ne peut plus avoir d'enfants. » (DB, 19 ans étudiante).

Cet extrait montre réellement que les substances chimiques contenues dans les contraceptifs comme la pilule, les implants ou les injectables s'attaqueraient aux organes reproducteurs de la femme et provoqueraient des malaises, de fausses couche et la stérilité. L'origine de cette croyance parait difficile à déterminer. Il s'agit d'une forme de rumeurs de par la manière dont elle s'énonce : *« On a dit que, parait-il que… »* (DB, 19 ans). D'aucuns pensent tout de même qu'elle proviendrait des opposants fervents à la contraception moderne parmi lesquels on compte les leaders religieux. L'une des adolescentes avec qui j'ai discuté relate, en effet, avoir reçu l'information lors d'un prêche. C'est le cas de AM, 19, ans *« Ma grande sœur a pris pendant longtemps aujourd'hui elle veut avoir d'enfant mais à chaque fois quand elle tombe enceinte ça finit par des fausses couches finalement on ne comprend pas ce qui se passe »*. C'est dans ces circonstances sociales que les adolescentes font recours aux savoirs ethno-médicaux de contraceptions traditionnelles pour préserver cette fertilité tant attendue dans les familles au Mali.

2.3 Les recours aux moyens contraceptifs traditionnels

2.3.1. *Le « tafo »,* une pratique convoitée par les adolescentes mais risquée

C'est une cordelette de coton sur lequel, le spécialiste (marabout) fait des incantations tout en confectionnant des nœuds. Il est composé des chiffres qui peuvent varier entre 4, 7 et 9. Dans son pouvoir magico-religieux, il est composé de chiffre. Chaque chiffre à une signification : le 4 représente la féminité, le 7 correspond aux jours de la semaine et sert de pont entre le chiffre de la féminité 4 et celui de la masculinité 3. Le 9 est attribué aux orifices chez les humains. Il est considéré comme des paroles chargées de pouvoir d'agir sur l'appareil reproducteur de la femme. Cet objet est emmené chez le cordonnier pour être enrôlé dans une peau d'animal et la femme l'attache autour de sa taille. KT s'explique sur l'importance du *tafo* :

« De nos jours, les filles sont incontrôlées, elles vont partout à l'école, au marché dans les lieux de baptême et de mariage. Tout peut arriver. En tant que parent si tu sais que ta fille est devenue une femme (elle veut dire avoir ses règles) il est bon de ne pas attendre. Il faut faire quelque chose (tafo) pour la protéger sinon, trouver une fille vierge maintenant c'est rare » (KT, 66 ans, vendeuse ambulante des plantes médicinales).

Cet extrait de KT montre que le *tafo*, de par sa puissance empêche une grossesse et aussi peut bloquer l'évolution d'une grossesse qui n'est pas encore révélée. Le *tafo peut* arrêter l'évolution de ce genre de grossesse jusqu'au mariage. L'analyse montre que les jeunes femmes croient à l'efficacité de *tafo* au détriment des méthodes contraceptives modernes. C'est ce qui ressort dans les propos de BT : *« Ma grande sœur a utilisé le tafo après sa première couche et ainsi que sa deuxième couche. Mais ils ont dit que si tu couches avec un homme autre que ton conjoint il devient inefficace »* (BT, 17 ans élève dans un lycée). Tout est ici en lien avec les savoirs et croyances en l'efficacité de *tafo* dans une trajectoire de vie. Cette pratique de *tafo* se conjugue avec le retrait lors de l'éjaculation. Elle demande une maitrise de soi car il constitue potentiellement un risque de contracter une grossesse à travers le liquide séminale qui sort de l'urètre sans que l'intéressé sans rende compte. Voici l'extrait de discours : *« que les méthodes modernes de contraception ont des conséquences graves sur la santé surtout les injectables. Ils ont dit que quand ça dur dans le corps, ça provoque le cancer du col de l'utérus. Mais moi quand j'utilise je sens les malaises partout sur mon corps : maux de tête, je deviens balaise de ses suites, les règles deviennent abondantes, les seins se gonflent, donc voilà quoi… »* (AM, 19 ans, première année de communication des entreprises et Administration).

2.3.2. Le N'talenfura (la toile d'araignée très étanche)

Elle ressemble dans la plupart de cas aux techniques modernes du diaphragme et ou de la cape cervicale. Elle se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col de l'utérus empêchant les spermatozoïdes de circuler librement et de rencontrer l'ovule. A l'opposé, elle contribue à faire prendre conscience du caractère anomique de cette grossesse et participe à sa construction en tant que « risque sociaux ». Le principe est d'utiliser ces méthodes durant les périodes où l'adolescente ne désire pas procréer, et d'en arrêter l'utilisation une fois que la grossesse cesse d'être un risque, c'est-à-dire lorsque le désir de grossesse se manifeste. C'est ce qui ressort dans les propos de YI :

« Les méthodes contraceptives c'est bien, c'est efficace pour une jeune femme comme moi mais ils ont dit lorsque vous prenez plusieurs fois (pilules) ça peut rendre une fille (adolescente) stérile qui n'a pas d'enfants. Tu sais dans notre société, une adolescente ne peut pas tomber enceinte en étant chez ses parents. Dans notre société si tu n'as pas d'enfants tu es malheureuse, tu es la risée de tout le monde ou tu es considérée en langue bambara comme « danga-dé » (maudite) » (YI, 19 ans).

La perception de prévention du risque de stérilité peut être entendue ici comme une forme de savoirs en action. Cette forme de savoir est complexe. Elle prend sa source à la fois dans les connaissances médicales et dans l'expérience individuelle et collective (d'un point de vue corporel et social). A cela s'ajoute la nausée et les troubles de règles (saignement abondamment). C'est ce qui ressort de cet extrait :

« Quand j'ai commencé à prendre les pilules, je me sentais bizarre, j'avais tantôt de nausée, vertige, maux de tête et mes règles venaient abondamment et prolongeait jusqu'à plus d'une semaine » (NE, 19 ans vendeuse de produits cosmétiques).

C'est par exemple le cas de NE, déscolarisée, vendeuse de produits cosmétiques dans un marché de la place, a accepté de s'entretenir avec moi sur ce sujet lié aux contraceptifs modernes. Elle a trop souffert de malaises liés à la prise de pilule, tout comme FT. Aujourd'hui, les deux admettent avoir peur des malaises occasionnées par ces méthodes contraceptives modernes sur la santé des preneuses de ces produits reviennent constamment dans les propos de ces dernières. La présence prolongée de ces malaises se transforment en maladie. Leurs corps n'arrivaient plus à supporter ses effets secondaires car elles se sentent bizarre suite à la prise de ces comprimés. Elles sont plus sensibles aux contraceptifs modernes. Cette épreuve sensible du

corps constitue une dimension non négligeable dans l'expérience corporelle des contraceptifs modernes. Bien que le *« N'talenfura »,* une méthode contraceptive traditionnelle existe, il ressort aussi dans les discours des acteurs, de recours pluriels aux différentes méthodes traditionnelles telles que : les pharmacopées locales :

2.3.4 Les plantes médicinales locales à usage contraceptives : cas de N'Gwane (un nom wasulunké d'un arbuste de la région de Sikasso).

En Afrique aujourd'hui, la médecine traditionnelle continue de faire ses preuves (médecine endogène). Le concept d'universalisme est en train de perdre son sens au profit du biomédical. Bien que les deux systèmes médicaux évoluent ensemble, chacune de thérapie à sa conception de la maladie et ses pratiques thérapeutiques pour aboutir à la guérison. La médecine endogène fait appel aux rituels, à l'incantation et à la pharmacopée. Dans ce contexte, plusieurs actrices pratiquent la contraception traditionnelle de peur de ne pas être victime de ces produits chimiques. Elles les utilisent sous forme de décoctions. Elles font recours aux guérisseurs qui offrent ces recettes (mélange de plantes, peau d'animaux, etc…). Ces tradithérapeutes se montrent en tant que spécialistes de l'ethnobotanique dans cette socio culture. Une adolescente N.E nous partage ses expériences : *« Les racines de cet arbre sont prises en infusion. Elles sont mélangées au N'tomi (Tamarin), le « ndi » hydromel pris d'eau et du miel »* (NE, 19 ans). Ces savoirs et pratiques contraceptives traditionnelles jouent le rôle de spermicide pour détruire les spermatozoïdes. Au vu d'autres méthodes traditionnelles, s'ajoutent l'utilisation du miel et du jus de citron.

2.4 Le miel et le jus de citron

En plus des racines de N'Gwane, d'autres adolescentes font recours au mélange de miel et du jus de citron comme méthodes de contraception. C'est le cas de FT : *« On introduit le jus dans le vagin avant les rapports sexuels. Ils consistent à empêcher la remontée ou la destruction des spermatozoïdes »* (FT, 19 ans, étudiante dans un lycée). Ce jus joue le rôle de spermicide chargé de détruire les spermatozoïdes. Ces adolescentes font recours aux savoirs et pratiques endogènes qui pour elles n'ont pas de conséquences (maladies, stérilité, etc…).

3. Discussion des résultats

Il ressort de cette étude que les contraceptifs modernes contiennent des produits chimiques et qui provoquent les effets secondaires occasionnant les fausses couches voire la stérilité chez les jeunes femmes en âge de procréer d'une part. Ces expériences corporelles conduisent la société

à prendre des mesures condamnant la sexualité extraconjugale et l'usage de moyens modernes de contraception car ils bouleversent les normes reproductives et de la descendance.

3.1. Expériences corporelles liées à l'usage des contraceptifs modernes

En Afrique subsaharienne, les travaux montrent que la notion de savoir à le plus souvent été abordée à travers l'étude des représentations sociales conçues comme une forme de connaissance pratique qui oriente les attitudes (Jaffré, 1999 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 1995 ; Vidal, 2004 ; Traoré-Tijou, 2010). Ainsi, la connaissance peut être appréhendée comme un vecteur constituant de savoir (Massé, 1995), qui renforce d'autres comme l'expérience et les représentations. Dans ce contexte, les adolescentes détiennent des connaissances expérientielles qui s'expriment à travers le langage corporel (malaise, maux de tête, trouble de règles, stérilité, prise de poids, etc.) liées aux méthodes contraceptives modernes. Elles ont été aussi confrontées aux savoirs et pratiques médicales en matière de prévention de grossesse (conseils en planning familial et de la contraception moderne). Issa Diallo et Abdoulaye Guindo (2020) ont fait les mêmes constats. Les savoirs endogènes circulent montrant les moyens contraceptifs modernes comme dangereux pour la santé car ils contiennent des produits chimiques et qui peuvent rendre stérile les jeunes femmes en âge de procréer. Les effets structurés et structurants des savoirs qui intéressent l'anthropologie des savoirs (Adell-Gobert, 2011) demeurent important dans ce contexte. A l'opposé les savoirs sur les méthodes contraceptives modernes sont nombreux et diversifiées. Leurs études, les explications, les définitions et les interprétations varient selon les disciplines, mais également et surtout selon les sociétés. Dans ce contexte, la contraception peut se définir comme une pratique qui consiste à empêcher la survenue d'une grossesse et non pas la survenue d'une maladie quelconque. Cette idée se construit en fonction « des exigences et des attentes liées à l'environnement social, à l'insertion, aux relations familiales et professionnelles par exemple, et constituent, au sens propre, des états sociaux » (Adam et Herlich, 1994 : 7). Ces réalités et risques causés par les contraceptifs modernes n'ont pas laissé indifférents les chercheurs en sciences sociales tels que Issa Diallo et Abdoulaye Guindo (2020) qui les ont intégrés dans le champ de recherche en anthropologie de la santé. Ils montrent que les savoirs et pratiques d'acteurs les poussent à recourir aux contraceptifs traditionnels. Ces croyances négatives à l'égard des contraceptifs modernes rejoignent notre analyse. Au Benin, les résultats d'une étude réalisée par Mburano Rwengé (1994), portant sur les jeunes femmes confirment ces perceptions négatives sur les contraceptions modernes. Globalement les adolescentes en s'appuyant sur les savoirs expérientiels, organisent leur propre système de

protection vis-à-vis de la prévention médicalisée. En appuyant sur les travaux de l'anthropologue Français Jean-Pierre Dozon (2011), la prévention est devenue aujourd'hui un sujet dominant la santé publique. Elle désigne : « l'ensemble des actions qui visent à réduire le nombre et la gravité des problèmes de santé au sein d'une population donnée » (Peretti-Watel et Moati, 2009 : 9). Pour les enquêtées, la prévention regroupe l'ensemble des activités qui visent à éviter le risque des maladies et de la stérilité qu'induisent les méthodes contraceptives modernes. Ces perceptions et connaissances locales sont constamment revenues dans les discours des adolescentes interrogées. Dans ce cas, les savoirs endogènes sont une des causes de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes. Bien que les adolescentes issues du milieu nantis comme DB en union clandestine à poser de l'implant. Dans une étude similaire en contexte Ivoirien, Talnan Edouard et Patrice Vimard (1994), sont parvenus au même résultat. Ils (auteurs) montrent que : « les jeunes femmes en union issue des ménages dont les conditions de vie sont en moyennes ont 2,57 fois de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne par rapport à celle des ménage pauvres », (Talnan et Vimard, 2005).

Dans la même lancée, Congo Zachari (2005), a mené une étude en contexte Burkinabè, il montre que la relation entre le niveau de vie du ménage et la pratique contraceptive de la jeune femme favorise un changement de comportement : « si une femme vit dans les meilleures conditions, alors elle adoptera des comportements favorables à la contraception ». Alors, les résultats précédents et ceux de Charlotte Le Van (1998), convergent et me conforte dans cette analyse. Ce qui est reproché localement aux contraceptions modernes c'est de n'avoir pas su corréler les discours médical et social. Les informations sur les méthodes contraceptives seraient floues, effrayantes voire troublantes. Elles sont globalement présentées comme des moyens de prévention des grossesses non désirées mais en même temps comporte des risques sanitaires, des avortements spontanés et la stérilité. En Afrique et au Mali, la jeune femme stérile est traitée de maudite voire une sorcière. Ainsi, les programmes de santé sexuelle et reproductive restent difficilement acceptés par les populations locales car ils vont à l'encontre des normes procréatives et de la descendance. Deux études similaires réalisées dans des contextes différents montrent l'importance de la maternité dans la société africaine : l'une réalisée au Togo par Thérèse Locoh (1984), expliquait qu'en Afrique, l'enfant constitue en effet la perpétuation de la famille, du clan et du lignage. L'autre dans la Basse-Casamance (Sénégal) par Odile Journet (1990), un seul mal insupportable voire insurmontable : ne pas pouvoir procréer ou encore voir son nouveau-né mourir. Car seule la maternité confère à la femme sa

valeur dans de nombreuses sociétés africaines (Journet, 1990). Pour ne pas être victime de la stérilité que peut causer ces moyens contraceptifs modernes, elles obéissent aux normes implicites et explicites de la procréation. Alors, les adolescentes ont recours aux savoirs et pratiques endogènes de contraception.

3.2. La réprobation sociale des contraceptifs modernes

Les résultats montrent que, la condamnation sociale liée à l'usage des méthodes contraceptives modernes s'inscrit dans une logique de la condamnation religieuse. Les contraceptifs modernes constitueraient des moyens pour inciter les adolescentes à la sexualité préconjugale et à la dépravation des mœurs. Dans une étude similaire réalisée par Howard Becker montre que : « lorsque l'individu ne répond plus aux normes de la société, il est dans l' « éxogroupe » (Becker, 1985). Autrement dit, il est considéré comme déviant. De même, au Cameroun, les résultats d'une étude menée par Akam confirment ces comportements hors normes : « la religion apparait comme le trait culturel le plus discriminant en matière de pratique contraceptive ». L'auteur montre en outre que : « A chaque religion donnée correspond un type de comportement dans la mesure où tous les adeptes sont à priori formés dans un même moule doctrinal de référence » (Akam, 2007). Dans le prolongement de son idée, l'auteur soutient que : « la religion véhicule un certain nombre de valeurs et de normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental, physiologique et psychique » (Akam, 1990 : 67). Cette idée n'est pas totalement partagée par Moriké Dembélé et al (2022) : « des filles de plus en plus adolescentes ont des relations avec plusieurs partenaires et bien avant le mariage » (Dembélé et al., 2022 :104). Il y ressort que, les adolescentes développent des stratégies pour contourner les normes locales et entretiennent des relations extraconjugales discrètement pour échapper aux règles de la religion qu'elles trouvent trop contraignantes dans un monde mirage fait de modernité et que les parents ne peuvent plus satisfaire tous les désirs de leurs enfants, faute de difficultés économiques. Cependant les partenaires prennent le relais pour satisfaire ces besoins en échange de sexe. Ce contexte fait comprendre que la virginité jusqu'au mariage parait difficile à observer face à la modernité. La condamnation morale et religieuse des contraceptifs modernes conduit ces dernières à recourir clandestinement aux moyens modernes de contraception pour ne pas révéler cette sexualité reprouvée car la société malienne condamne la sexualité extraconjugale et les naissances hors mariage.

3.3 Les recours aux savoirs et pratiques endogènes de contraception

Les résultats de cette étude montrent que les adolescentes font recours aux savoirs ethno-médicaux de contraception pour éviter deux risques : risques d'effets secondaires caractérisés par des fausses couches et risque de la stérilité causée par les méthodes contraceptives modernes. Issa Diallo et Abdoulaye Guindo (2020) avaient fait les mêmes constats. Ils montrent que les actrices faisaient recours aux deux méthodes tout en sachant que les contraceptifs modernes comportent des risques pour la santé. Il m'est difficile de connaitre exactement les raisons expliquant l'association des deux méthodes et le risque encouru. L'anthropologue Français Hervé Flanquart (2016), expliquait que le risque est vu dans le sens de catastrophe qui peut être : « l'accident et des dégâts qui peuvent advenir suite à ces évènements négatifs ». Dans ce contexte, il s'agit du risque sanitaire causé par les contraceptifs modernes. Ces contraceptifs modernes constituent à la fois de moyens de prévention de grossesse socialement reprouvée mais aussi comportent des risques pour la santé des acteurs sociaux. Les résultats de l'étude menée par Charlotte Le Van (1998), corroborent ce résultat. Elle montre que, ce qui pose problèmes chez les adolescentes serait dans le sens de risques médicaux que sociaux :

> *« Tout comme les essais de quantification du phénomène, les efforts d'objectivation de la grossesse adolescente par le discours savant paraissent un tant que soit peu contestable. Manifestement, ils ne suffisent pas de cerner les déterminants, voire les motivations des grossesses et des maternités, mais tentent plutôt à construire les difficultés individuelles dans une perspective causaliste afin de contrôler la norme de l'âge socialement acceptable pour enfanter »* (Charlotte Le Van, 1998 : 25).

Alors concrètement, ce n'est pas la grossesse à un âge jeune qui pose problème, les adolescentes étaient pendant longtemps mariées très jeunes moins de 15, 16, voire 14 ans moins et la maternité chez elles ne constituaient pas de souci. Ce qui est en jeux actuellement est d'ailleurs le contexte de la grossesse chez les adolescentes. Globalement, la grossesse dans les faits est la dernière phase qui marque le passage de l'adolescence à l'âge adulte. Et lorsque, la grossesse survient avant le mariage, elle est qualifiée « grossesse de honte » dans la mesure où elle est contractée en dehors des normes sociales. Ainsi, la société condamne les acteurs de cet acte illégitime. Dans ce contexte, la concrétisation ou non du risque défini par Ulrich Beck (2008), comme « l'avènement non-encore survenu qui motive l'action » et qui doit son existence sociale et sa légitimité à ses effets induits latents, dépend des mesures que prennent les individus en amont pour le prévenir. Face au « risque » de grossesse, différentes mesures sont mises en

œuvre depuis l'Antiquité dans différentes sociétés pour empêcher les grossesses qui ne répondaient pas aux normes sociales. Les pratiques déployées pour contrôler cette fécondité ont évolué dans le temps et dans l'espace. De ce fait, elles vont de méthodes traditionnelles : dites naturelles ; coït interrompu ou abstinence périodique, viennent au XXème siècle, les méthodes modernes de contraception constituée de dispositifs mécaniques comme le stérilet et des méthodes médicales (pilule, implant, injection, stérilet par exemple). Quant aux méthodes médicales, elles sont constituées de substances en activité et surtout à action hormonales agissant sur le fonctionnement des organes reproducteurs. Ce qui motive les acteurs à choisir une méthode plutôt que l'autre. Une étude réalisée en France par le sociologue Jean-Pierre Poulain (2017), corrobore ce résultat. Il montre que les comportements et habitudes alimentaires, l'appartenance à un groupe social détermine les gouts et les choix d'un individu et l'amène à consommer certains produits plutôt que d'autres me conforte dans cette analyse. Ici, dans le domaine de la sexualité, cette crainte à l'égard des méthodes contraceptives modernes se révèle double : se prévenir contre la stérilité et les malaises. Ceci soulève la question de la procréation. Les perceptions des contraceptifs modernes du point de vue sanitaire provoqueraient aussi de changements au niveau physique : le vertige, maux de tête, prise de poids, gonflement des seins. Comme le rappelle le philosophe et anthropologue Pierre Sansot (1986 : 5), le sensible crée le point où « se produit la conjonction la plus élémentaire et la plus énigmatique (la plus admirable) du sens et des sens ». Aussi, Berger & Bois (2008), montrent que l'expérience du corps sensible est profondément et consciemment vécue, au-delà de ce qu'elle donne à ressentir, se livrent également son sens profond, la valeur qu'elle peut prendre pour la personne qui vit ou plus exactement, la valeur qu'elle offre à la personne qui la vit. De même, Ulrich Beck (2003), qui s'intéresse plus particulièrement aux risques technologiques majeurs échappant au contrôle de l'individu, estime que les sociétés contemporaines ont changé de visage. Le risque sanitaire engendré par les contraceptifs modernes reste dans des positions non tranchées. On perçoit mal comment les questions concernant les contraceptives modernes pourraient être traitées sans soulever la notion de risque. C'est en effet la seule qui permette de jeter un regard sur les dangers qu'encourent les adolescentes. Cela peut aller jusqu'à créer un désordre biologique (Jonas, 2013). En filigrane Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moati (2009), considéraient le social comme « une clé pour déchiffrer le sens que les individus donnent à leurs conduites à risque, ainsi que leurs motifs et les formes de déni qu'ils adoptent ». En effet, dans leur façon d'appréhender les risques sociaux et sanitaires en général et grossesse en particulier, les adolescentes les prennent tous en compte simultanément, mais s'abstiennent de dépenser

pour se prémunir contre la grossesse et mieux accepté dans la société. Leurs discours démontrent aussi clairement qu'elles ne sont pas des cruches vides ne disposant de savoirs. Alors, les méthodes contraceptives modernes ne sont pas les seules normes universelles mais qu'elles ont au niveau local des recours pluriels adaptés à leurs comportements sexuels et reproductif. Ainsi, avoir des connaissances sur les méthodes contraceptives ne signifie pas forcément leurs utilisations. Au Togo, les résultats d'une étude réalisée par Thérèse Locoh (1992), confirment ces attitudes. Une population « informée » n'est pas nécessairement « pratiquante ». A contrario, dans les pays occidentaux où l'avènement de ces contraceptifs est partie d'une base militante née de l'expression d'un besoin de libéralisation et d'accès à ces méthodes, dans les pays en voie de développement, notamment africains, elles ont été introduites à la faveur de politique visant à réduire la croissance démographique (Ela et Zoa, 2006) imposées par des organismes comme l'OMS, la Banque Mondiale et le FMI. Dans le contexte où les pays en voie de développement sont accusés de « faire trop d'enfants », assimilée à une volonté de l'Occident d'avoir une main mise sur la fécondité des pays pauvres pour prévenir les flux migratoires par exemple. On assiste à la naissance d'une psychose selon laquelle les pays occidentaux seraient prêts à tout mettre en œuvre pour parvenir à leur fin, quitte à passer par des méthodes contraceptives modernes pour rendre stériles les jeunes femmes en âge de procréer. Ces savoirs circulent sur les méthodes contraceptives contenant des produits néfastes qui rendent inféconde les adolescentes et les jeunes femmes.

Le fait de s'abstenir de produits contraceptifs tels qu'il est démontré dans les extraits d'entretiens témoigne de l'expression d'un milieu social qui obéisse à des normes implicites et explicites. Le recours aux savoirs endogènes de contraception permet de poursuivre la réflexion sur l'usage de la pharmacopée traditionnelle ou la phytothérapie considérée comme une pratique récurrente dans la plupart des pays africains. Même si ce recours est déterminant dans la trajectoire thérapeutique des actrices, il est diversement interprété dans la littérature. Certains voient dans cette pratique de l'inefficacité (Diallo et Guindo, 2020 ; Dembélé et al., 2022 : 63). Selon ces auteurs, cette inefficacité se pose en termes de « compatibilité avec la personne ».

Retenons, avec l'anthropologue Philippe Descola (2005), « qu'il existe une harmonie entre les humains et les plantes avec lesquelles ils partagent une intériorité et une disposition naturelle à travers la communication par le biais de rêves ou d'incantations magiques » (Descola, 2015). Ce qui montre que la médecine traditionnelle malienne est aussi ethnobotanique. Elle permet à partir de ses composantes (feuilles, racines, écorces, sève…), prévenir dans ce contexte la

survenue d'une grossesse non désirée mais il arrive que ces pratiques échouent parfois. Globalement les acteurs locaux restent dans la plupart des cas accrochés à leurs savoirs et pratiques en dépit des dysfonctionnements constatés en termes d'efficacité. Il est difficile dans ce contexte d'évaluer l'efficacité de ces deux méthodes contraceptives car l'itinéraire thérapeutique est pluriel. Des constats similaires ont été faits ailleurs, notamment au Sénégal par l'anthropologue Lamine N'diaye (2008), dans l'ouvrage qui s'intitule : *La place du sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain.* L'auteur montre que chaque communauté humaine dispose de repères imaginaires et symboliques, mais aussi de pratiques opératoires et opérationnelles qui permettent à ses membres de définir une pathologie, de proposer des remèdes et de nommer ceux qui sont habilité à « donner de la guérison ».

Conclusion

En définitive, cette étude a permis de comprendre les rumeurs selon lesquelles l'occident a mis en place une politique de contrôle de la croissance démographique. Cette politique consiste à planifier les jeunes femmes voire les rendre stérile car une population nombreuse semble être une menace pour l'économie occidentale. Dans ce contexte, la société condamne la sexualité hors mariage et de surcroit l'usage des contraceptifs modernes. En réponse aux dangers que contiennent les contraceptifs modernes, le recours aux savoirs et pratiques endogènes apparaissent comme une alternative. Le regard porté sur ces savoirs témoigne combien les adolescentes courent le risque de tomber enceinte en dehors de ces moyens mis à leurs dispositions dans les structures sanitaires car les méthodes contraceptives modernes permettent d'autogérer leur sexualité prohibée.

Au niveau local, la fécondité apparait comme une obligation sociale, alors tout ce qui pourrait compromettre cette maternité doit être évité. Aujourd'hui, l'objectif des programmes de santé sexuelle et reproductive est de parvenir à changer les conduites reproductives des populations en âge de procréer afin de limiter les naissances. Or, les populations locales obéissent à des normes implicites et explicites qui veillent à tout ce qui pourrait perturber les normes procréatives. Au vu de cette analyse, on constate au niveau local la juxtaposition des savoirs biomédicaux avec les savoirs ethno-médicaux se conjuguent montrant que les premiers ne sont pas les seuls référents pour changer les conduites des acteurs sociaux. Ce qui constitue une équation difficile à résoudre car transformant une question de santé publique à une question sociale.

Références bibliographiques

ADELL Nicolas, 2011, *Anthropologie des savoirs.* Paris Armand Colin, 312p.

ADAM Philippe et HERLICH Claudine, 1994, *La sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 127p.

AKAM André, 2007, *Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé*. CEPED

BAJOS Nathalie et *al.,* 2003, *L'avortement ici ailleurs*. Presse de Sciences, Po

BECK Ulrich, 2003, « La société du risque globalisé revue sous l'angle de la menace terroriste » in Cahier internationaux de sociologie, (1), p.27-33. DOI : 10. 3917 /cis. 114

BECKER Howard, 1985, *Outsiders*. Etudes de sociologie de la déviance. Ed. Métaillé

BERGER Eve & BOIS Danis, 2008, *Du sensible au sens : un chemin d'autonomisation du sujet connaissant*. CERAP, Université Fernando Pessoa (Porto).

BOLTANSKI Luc, 2004, *La condition fœtale : Une sociologie de l'engagement et de l'avortement*. Paris : Gallimard.

BOZON Michel, 1999, *Les significations sociales des actes sexuels.* Actes de la Recherche en Sciences sociales. Vol. 128, Juin

CONGO Zachari, 2005, *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso*. Document d'analyse, 5, p.53. ISSP (Ex UERD)

DEMBELE Moriké et *al.,* 2022, *Rites et traditions du mariage au Mali : Permanences, Ruptures et Impasses*. Mali, L'Harmattan

DESCOLA Philippe, 2005, *Par-delà nature et culture*. Paris Gallimard

DIALLO Issa et GUINDO Abdoulaye, 2020, « Pratiques traditionnelles et modernes de contraception chez la femme rurale au Mali : l'exemple de la commune rurale de Sanando : santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique : analyse de la situation et perspectives », in Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé, n° 6, Volume 3, Cote d'Ivoire, p. 135-51.

DOZON Jean-Pierre, 2011, « Quatre modèles de prévention » in Dozon J-P Fassin D. *Critique de la santé publique : une approche anthropologique.* Paris, Balland, pp. 23-46.

ELA Jean-Marc & ZOA Sidonie Anne, 2006, *Fécondité et migrations africaines : les nouveaux enjeux*. L'Harmattan

FAINZANG Sylvie, 1985, La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina-Faso. Sciences sociales et santé, 3, 105-128.

FASSIN Didier, 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, PUF. Collection sociologie d'aujourd'hui. 324p.

FLANQUART Hervé, 2016, *Des risques et des hommes*, Paris, PUF, 344p

GUENGANT Jean-Pierre, 2011, L'Afrique subsaharienne dans la démographie. Etudes, 2011 ? Tomes 415

ISABELLE Clair, 2005, *Amour sous silence. La socialisation amoureuse des jeunes de milieux populaires,* Thèse de doctorat soutenue à l'université Paris-Descartes, sous la direction de François de Singly

JAFFRE Yannick, 1999, Pharmacies des villes, pharmacies « par terre », Le Bulletin de l'APAD, 17, Anthropologie de la santé, édition électronique. http://apad. Revues.org/482

JAFFRE Yannick & OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, Tijiri la naissance sociale d'une maladie, *Cahiers Sciences Humaines*, XXXI, 4, 773-795.

JONAS Hans, 2013, *Principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Flammarion, Champs Essais.

JOURNET Odile, 1990, « Les hyper-mères n'ont plus d'enfants. Maternité et ordre social chez les Joola de Basse-Casamance ». In Mathieu, N. C, L'arraisonnement des femmes (pp. 17-36). Paris : EHESS, Cahier de l'homme, XXIV.

KITSUSE John, 1962, « Réactions sociales face aux comportements déviants : problèmes de théorie et méthode » Genre, sexualité & société, Hors-série n°1.

LAPLANTE Julie, 2015, Healing Roots: Anthropology in life and medecine (Epistémologies of Healing, 15). New York, Oxford : Berghahn Books, Ist edition.

LOCOH Thérèse, 1992, *Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne*. Les dossiers du CEPED, 19

N'DIAYE Lamine, 2008, La place du sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain, Ethiopiques N° 18, Littérature, philosophie et Art. http://ethiopiques.refer.sn

PERETTI-WATEL Patrick & MOATI Jean-Paul, 2009, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Le Seuil, 112p.

POULAIN Jean-Pierre, 2017, Socio-anthropologie du « fait alimentaire » ou *food studies*. Les deux chemins d'une thématisation scientifique.

PROTH Bruno, 2003, *Lieux de drague, scènes et coulisses d'une sexualité masculine*, Toulouse, Octarès Editions

RWENGE Mburano, 1994, « Déterminant de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Benin : examen par les variables intermédiaires ». Cahiers de l'IFORD, 7, p. 225.

SANSOT Pierre, 1985, *La France sensible*, collection Milieux

SOURA AB Winner, 2014, Trends in family Planning and age at Firs Mariage among Women in Guinea: Further Analysis of the 2012 Demographic and Health Survey. DHS Analysis, Reports, 94, ICF International

TALNAN Edouard & VIMARD Patrice, 2005, *Développement local, pauvreté et pratique contraceptive en Côte d'Ivoire.* Document de recherche, 9, p. 29.

TRAORE Tijou Annick, 2010, L'expérience de la production de savoirs profanes sur le diabète chez les patients diabétiques à Bamako (Mali). *Sciences sociales et santé*. Vol 28, n° 4. pp 41-76

SCHACHTER Stanley & SINGER Jérôme, 1962, « Déterminants cognitifs, sociaux et physiologiques de l'état émotionnel. » Psychological Review, vol LXIX, pp 379-399.

QUIVY Raymond & CAMPENHOUD Van, 1988, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dumond.