« Ah bon ! C'est ça donc ton secret ! »

Pratique contraceptive, émergence de nouveaux rapports au corps et à la sexualité au Mali

“Oh! So that's Your Secret!” Contraceptive Practice, Emergence of New Body and Sexuality Attitude in Mali

Abdourahmane Coulibaly

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/17790>

DOI : 10.4000/etudesafriaines.17790

ISSN : 1777-5353

Éditeur

Éditions de l'EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 3 octobre 2014

Pagination : 665-684

ISSN : 0008-0055

Référence électronique

Abdourahmane Coulibaly, « « Ah bon ! C'est ça donc ton secret ! » », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 215 | 2014, mis en ligne le 02 octobre 2016, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/17790> ; DOI : 10.4000/etudesafriaines.17790

« Ah bon ! C'est ça donc ton secret ! »

Pratique contraceptive, émergence de nouveaux rapports au corps et à la sexualité au Mali

En Afrique, la contraception occupe une place importante dans les politiques de santé publique. Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile justifient l'attention accordée à ce sujet et soulignent l'ampleur des défis. En Europe de l'Ouest par exemple, une femme court un risque sur 3 200 de décéder pour des raisons liées à la grossesse ou à l'accouchement. En Afrique, ce risque est globalement de un pour douze (Des Forts 1996 ; Ouédraogo & Bouvier-Colle 2002). En 2010, l'Afrique comptait également plus des deux tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (OMS 2012). Dans les pays en développement, et plus particulièrement sur le continent africain, l'objectif sanitaire est doublé d'un autre objectif majeur : une meilleure maîtrise de la croissance démographique. Au Mali, le tout premier programme consacré à la promotion de la planification des naissances date du début des années 1970. L'avènement de la contraception moderne est donc relativement récent et marque une rupture entre les générations en opposant d'un côté les seniors avec une idéologie plutôt pro-nataliste et, de l'autre, la génération actuelle dont bon nombre de représentants vivent une sexualité préconjugale inféconde et se soucient désormais des conditions d'accueil de l'enfant dans le foyer conjugal. Aujourd'hui, chez les femmes en union, le taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes, c'est-à-dire la proportion de femmes en union qui utilisent actuellement une méthode contraceptive, est estimé à 6,9 % (CPS/MS, DNSI/MEIC 2007). Il varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, il est de 22 % chez les femmes célibataires sexuellement actives et significativement plus important chez les femmes ayant atteint le niveau secondaire ou plus (23 %) que chez celles étant sans instruction (5 %). Comparativement aux femmes, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est beaucoup plus répandue chez les hommes en union (20,1 %) et chez les hommes célibataires sexuellement actifs (49,9 %). À Bamako, où nous avons mené nos enquêtes, la prévalence contraceptive chez les femmes en union est de 19,6 %. Dans le même temps, les « besoins contraceptifs non satisfaits », c'est-à-dire les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et ayant déclaré ne plus

vouloir d'enfants (limitation des naissances) ou vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (espacement de l'intervalle des naissances), sont estimés à 37,6 %.

Dans le domaine des sciences sociales, certains travaux se sont intéressés à la question de la contraception au Mali. Des sujets aussi variés que la définition émique du concept de santé de la reproduction, les facteurs influençant la réticence des jeunes Maliens à utiliser les contraceptifs hormonaux, la pratique clandestine de la contraception ont ainsi été abordés par Sarah Castle (Castle *et al.* 1999 ; Castle 2003). Diverses recherches ont mis l'accent sur le calendrier du premier rapport sexuel et ses implications sur la pratique contraceptive (Gueye *et al.* 2001) ou encore sur les dimensions sociales et contextuelles de la planification familiale (Brand 2001 ; Coulibaly 2010). Une publication récente a développé une approche anthropologique de la contraception et de la fécondité en Afrique de l'Ouest (Jaffré *et al.* 2012). Néanmoins, aucun des travaux cités n'a directement abordé les multiples significations sociales de la contraception pour les femmes ayant fait le choix de recourir à cette pratique.

L'approche purement sanitaire de la question de la contraception, qui est en même temps une question éminemment sexuelle, a occulté les mutations intervenues dans le domaine de l'intime sous l'influence de cette pratique en Afrique. Ces mutations restent relativement limitées mais suffisamment importantes pour mériter d'être évoquées. Que sait-on par exemple de l'influence de la pratique contraceptive sur la façon dont les femmes africaines se représentent leur corps ? Qu'est-ce que l'expérience contraceptive signifie-t-elle vraiment pour les femmes qui en ont fait le choix ? La littérature ne nous dit pas grand-chose là-dessus. Elle a été largement dominée par le « souci médical » et les débats ont porté entre autres sur la qualité des services (Blaney 1993 ; Katz *et al.* 1993 ; Hardon 1997), les « obstacles » à la pratique contraceptive (Campbell *et al.* 2006 ; Bankole *et al.* 2010), les déterminants de la pratique contraceptive (Lutalo *et al.* 2000 ; Chen *et al.* 2003 ; Janna *et al.* 2009 ; Benefo 2010). En parallèle, divers travaux anciens et récents ont placé la sexualité africaine au centre de leurs questionnements notamment dans le domaine de la démographie (Djiré *et al.* 1997 ; Delaunay *et al.* 2001 ; Delaunay & Guillaume 2007) ou encore dans celui de l'anthropologie ou de la sociologie (Lallemant 1985 ; Ombolo 1990 ; Faizang 1991 ; Wade 2001 ; Abega & Kouakam 2006 ; Hane & Camara El Hadji 2012). Certains de ces travaux se sont intéressés à la problématique de la sexualité au Mali en interrogeant les rapports de genre et les enjeux économiques liés à cette pratique (Boileau *et al.* 2008 ; Castro 2012). À partir de données anthropologiques recueillies sur les représentations et les pratiques sexuelles, Grange Omokaro (2009) a analysé la recomposition des féminités et des masculinités au Mali tout en soulignant que le cinéma, la télévision, la radio, les cybercafés, les magazines, la musique, les lieux de loisirs inspirent de

nouvelles valeurs et imaginaires. Les *soap* opéras participent à la construction de l'idéal d'amour romantique notamment chez les jeunes mères maliennes qui les regardent régulièrement (Ditte 2010). Si la féminité au Mali change donc d'allure, la place occupée par la contraception dans ses transformations reste pourtant inexplorée dans la littérature. Une hypothèse simple révèle le sens de notre démonstration dans ce travail : pour beaucoup de femmes, la contraception correspond à une nouvelle représentation du corps féminin, de la féminité, du rôle de la femme dans la reproduction, à un nouveau fonctionnement du couple et enfin à de nouvelles pratiques sexuelles. Ces dimensions « non sanitaires » de la contraception traduisent des transformations sociales profondes au sein des sociétés africaines contemporaines et leur étude permet de faire connaître les femmes autrement qu'à travers les taux de mortalité et de morbidité, le sida, les fistules, l'excision, les mariages imposés...

La maternité « planifiée » : un nouveau contrat de génération

Le présent travail découle d'entretiens menés auprès de 68 personnes (40 hommes et 28 femmes), qui se différencient par l'âge (15-40 ans pour la « génération actuelle », plus de 41 ans pour l'« ancienne génération »), le statut matrimonial (20 des femmes étaient mariées), le niveau d'instruction (groupes des « non scolarisées/niveau primaire » et individus ayant au moins le niveau secondaire), l'origine sociale (25 personnes issues de milieux relativement aisés et 43 autres d'origine modeste) et le nombre d'enfants (20 individus avaient entre un et deux enfants, 17 avaient un nombre d'enfants compris entre trois et cinq et les autres étaient mères d'au moins six enfants). Les personnes ayant participé à l'enquête ont été sélectionnées dans les six communes de Bamako, représentant une douzaine de quartiers situés les uns au centre et les autres à la périphérie. Pour faire partie de l'enquête, il fallait cumuler au minimum cinq années de résidence (continue ou non) à Bamako. De ces variables ont découlé une pluralité de réponses, marquant différentes césures, notamment celle des générations. Dans notre échantillon, le nombre moyen d'enfants par femme chez les générations les plus âgées est rarement inférieur à cinq, et toute descendance composée seulement d'un ou deux progénitures était plutôt vécue comme une hypofécondité et donc comme une « contre-norme ». F. M., une femme de 65 ans, non scolarisée, se souvient : « J'ai eu au total trois enfants, j'en voulais d'autres mais Dieu ne m'a pas offert cette chance. Ma belle-famille m'a toujours fait comprendre que j'ai fait peu d'enfants pour eux. Moi-même je voulais plus mais ça n'a pas été possible. »

Les expressions langagières rendent souvent compte de l'importance de la fécondité et même de l'« hyper fécondité » dans la conscience collective.

En évoquant la taille de sa descendance, L. T., 39 ans, non scolarisée, déclare : « J'ai fait six grossesses (*né yé kônôya wôrô dé kè*)¹ et Dieu merci, ils sont tous vivants. » Comme elle, beaucoup de femmes, essentiellement non scolarisées, mettent en avant le nombre de grossesses (*kônôya hakè*) plutôt que le nombre d'enfants (*den hakè*). Le nombre de grossesses dans ce cas tient compte des enfants mort-nés et des enfants décédés : « J'ai eu quatre grossesses en tout, deux sont décédés et les deux autres, une fille et un garçon, sont vivants » (H. T., 35 ans, non scolarisée).

Certaines des formules utilisées pour saluer la naissance d'un nouveau-né insistent particulièrement sur la taille de la descendance : « Que Dieu fasse qu'on puisse le frapper pour son frère cadet », « que Dieu fasse qu'il ait plus de cadets que d'aînés. »

La rivalité entre coépouses se manifeste dans toutes les sphères de la vie et repose sur la volonté permanente de provoquer l'autre en la défiant (*kôrômatikèli*). Dans certains cas, elle donne lieu à une conduite qui pousse à tomber enceinte parce que l'autre l'a été (*sinaya denwolo*). K. C., 30 ans, trois enfants, non scolarisée, témoigne : « Ma coépouse est tombée enceinte quand elle a appris que je l'étais. Voilà comment elle a eu son dernier enfant. »

Cette maternité essentiellement orientée selon la logique « multiplicatrice » que nous venons d'évoquer s'oppose aujourd'hui à une autre forme de maternité mettant l'accent sur la « qualité de vie ». Beaucoup de couples ont désormais le souci d'adapter les revenus aux dépenses en jouant simplement sur la taille de la descendance. Un « calcul » jugé d'autant plus nécessaire qu'« il permet de mieux prendre en charge les enfants » (R. T., 41 ans, trois enfants, niveau primaire). Pour beaucoup de femmes, « limiter la descendance ou espacer les intervalles de naissances des enfants, c'est se préoccuper de sa propre santé et de la santé de ses enfants, comme le soulignent le discours des programmes de Planification familiale ». S. D., 32 ans, scolarisée au niveau supérieur, déclare avoir volontairement limité le nombre de ses enfants à quatre « parce qu'ainsi, le corps se repose et c'est bien pour la santé de la mère mais aussi pour celle de l'enfant ».

La contraception moderne a joué un rôle capital dans l'émergence de cette autre manière d'appréhender la maternité basée sur le postulat que l'enfant a un coût économique et sanitaire. Ce qui ne signifie nullement que les femmes appartenant aux générations les plus âgées ne se souciaient pas d'elles et de leurs progénitures, mais tout simplement que la contraception traduit une meilleure expression de ce souci et la prend mieux en charge. Au sein des classes moyenne et riche, le « souci de l'enfant » se traduit par les investissements dont ce dernier fait l'objet. Dans les discours, l'enfant est souvent assimilé à l'avenir (*den yé sini yen sigi yé*). Il commence

1. La traduction bambara de certains mots ou expressions est mise entre parenthèses dans le texte.

à faire dépenser ses géniteurs bien avant sa naissance. « Les dépenses de l'enfant — soutient Sali, 34 ans, deux enfants, niveau primaire — commencent depuis le ventre de la mère. » Cette déclaration fait écho à celle de M. K., 29 ans, deux enfants, niveau secondaire, pour qui « de nos jours, l'enfant s'achète ». Chez une minorité de femmes, l'achat des layettes appartient aux « dépenses prénatales ». Le « prendre soin » s'assimile donc à une forme d'engagement qui met l'accent sur les investissements en faveur de l'enfant et traduit l'émergence d'un nouveau « souci de l'enfant ». Les investissements concernent aussi bien l'entretien de l'enfant au quotidien (achats de jouets, loisirs, habillement, alimentation) que les dépenses scolaires souvent classées parmi les « investissements d'avenir ». S. F., 30 ans, deux enfants, niveau supérieur, souligne : « Avec ce que je gagne, j'essaie de payer une bonne école pour mon fils car c'est une bonne formation qui peut lui garantir un bon boulot. » Une femme plus jeune, S. M., 24 ans, un enfant, niveau secondaire, a tenu à inscrire son enfant à la crèche, parce que, explique t-elle, « l'instruction de l'enfant commence depuis la crèche ». Les écoles privées et les crèches participent à une certaine mode pédagogique et ont connu une expansion sans précédent à Bamako pendant ces deux dernières décennies notamment avec les multiples difficultés qu'a connues l'école publique (insuffisance d'enseignants, grèves intempestives, baisse de niveau, etc.). De plus en plus de parents, même ceux issus des catégories modestes de la population, se tournent vers l'enseignement privé. Pour certaines femmes, le travail salarié a redéfini le calendrier de la maternité qui comprend désormais un « temps pour le boulot » et un « temps pour l'enfant ». L'identité des acteurs qui s'occupent de l'enfant a connu elle aussi un changement. En ville, beaucoup de mères partagent désormais les soins apportés à l'enfant avec la domestique et la crèche. La réduction de la taille de la famille s'accompagne d'une plus grande attention portée à l'enfant et de nouvelles préférences architecturales surtout au sein des classes moyennes et riches.

L'architecture des maisons modernes souligne l'émergence de structures familiales plutôt « introverties » et traduit une certaine forme d'individualisme, un phénomène qui se manifeste de plus en plus dans les sociétés africaines contemporaines (Marie 1997). L'habitat moderne typique est incarné par la villa conçue pour abriter des maisonnettes réduites. Sa taille se mesure au nombre de pièces dans le langage courant. Ainsi, il existe des « deux chambres-salon », « trois chambres-salon », « quatre chambres-salon » et même des « cinq chambres-salon » pour les plus grandes. La structure de la villa mêle lieu public (salon) et lieu privé (chambres à coucher). Elle favorise l'émergence d'une vie privée qu'offrait rarement l'habitat « traditionnel ». La spécialisation des fonctions des pièces à l'intérieur de la villa (chambres à coucher, cuisine, salle de travail, magasin, salon, etc.) s'oppose au caractère « multifonctionnel » de la pièce dans les habitations populaires où la chambre sert souvent de magasin ou de cuisine.

L'incorporation des toilettes à la chambre est un moyen de soustraire celles-ci à l'usage collectif. Bref, le style architectural des maisons modernes exprime une forme de « repli » de la famille sur elle-même. À l'opposé des modèles d'habitation d'autrefois, la restriction du nombre de pièces dans la villa signale des ambitions reproductives limitées.

La contraception moderne a aidé à transformer les vécus reproductifs chez les couples aspirant à ces nouveaux modes de vie. Elle incarne le passage d'une « maternité de reproduction » marquée par la logique multiplicatrice à une maternité beaucoup plus guidée par une approche « arithmétique ». Pour ne pas avoir suffisamment pris en compte cette dimension du changement dans le domaine de la reproduction, certains auteurs sont tombés dans le piège de la surinterprétation en voyant des « intensités » partout comme le souligne Veyne (1996) à propos de l'interprète qui sur-interprète. C'est le cas des thèses ayant ramené les conduites reproductives chez les Africains à une question de culture allant jusqu'à soutenir l'idée d'une « culture africaine de haute fécondité » pour justifier l'échec des programmes de Planification familiale (Caldwell & Caldwell 1987) ou qui ont soutenu qu'en Afrique, « la procréation maximisée reste l'objectif de toute épouse dans un foyer polygame » (Faizang & Journet 1988).

Les résultats de notre étude montrent que le rapport à l'engendrement est tout simplement une construction sociale qui se réfère à la fois aux contraintes d'ordre culturel, aux multi rationalités d'acteurs et à la diversité des contextes de vie. Parce qu'il est socialement construit, ce rapport se modifie au fil des évolutions de la société malienne, notamment en ce qui concerne les unions pré-matrimoniales.

La contraception pré-matrimoniale : expérimentations sexuelles et quête d'une nouvelle « virginité »

La mise en couple traduit plusieurs changements statutaires : passage du statut de célibataire à celui de marié, passage de la sexualité « illégitime » à la sexualité « légitime ». Pour les femmes les plus âgées, elle signifiait le passage de la virginité à la sexualité. Le début du calendrier matrimonial coïncidait avec celui du calendrier sexuel. D. K., une femme de 60 ans, sept enfants, non scolarisée, se souvient : « Je me suis mariée dès l'âge de 14 ans. J'ai connu les rapports sexuels avec le mariage. Le contraire était inimaginable en notre temps contrairement à ce qui se passe aujourd'hui. »

En d'autres termes, la virginité était une norme populaire et était la condition de l'accès à l'union matrimoniale. Le lieu de l'initiation sexuelle était le lit conjugal. Une fois la virginité de la femme confirmée et publiée, l'honneur de sa famille était sauf. Certaines traditions matrimoniales voulaient que le mari offre des cadeaux à sa femme pour avoir réussi le pari de l'abstinence pendant sa vie célibataire. S. C., 58 ans, huit enfants, non

scolarisée, a bénéficié d'un tel cadeau : « Je suis arrivée vierge au mariage, ma mère était très contente et conformément à nos coutumes, mon mari m'a offert plein de cadeaux. »

À l'inverse, la violation de l'interdit sexuel préconjugal compromettait la relation d'alliance et la « coupable » subissait tout le poids de la stigmatisation liée à la violation d'une règle menaçant l'ordre social. La maternité célibataire était d'autant plus mal vécue qu'elle traduisait un mélange de statuts (celui de femme célibataire et celui de mère). Aujourd'hui en ville, ces coutumes ont connu d'importants changements depuis quelques décennies sous l'influence des *mass média* et des migrations, autant de phénomènes connus pour favoriser l'importation de modèles mondialisés (Appadurai 2005). Ce changement de modèle sexuel a souvent été marqué par une inversion des conduites se traduisant par le fait que pour les femmes les plus âgées, la vie sexuelle préconjugale avait un caractère d'exception tandis que pour les femmes les plus jeunes, elle est devenue une norme populaire structurant le parcours sexuel « normal ». L'anormalité serait plutôt le fait de ne pas en avoir eu comme le souligne M. H., 31 ans, sans enfants, niveau supérieur : « De nos jours, il faut avoir une certaine expérience sexuelle dans sa vie célibataire. Sans une telle expérience, tu vas décevoir ton mari. » La construction d'une expérience sexuelle est désormais un élément important du parcours de jeunesse et la richesse de cette expérience est fonction de la diversité des rencontres amoureuses. Pour beaucoup de femmes aujourd'hui, le mari n'est pas celui qui initie à la sexualité comme c'était le cas chez les anciennes générations. La mise en place de la relation conjugale traduit désormais la rencontre de deux trajectoires sexuelles et amoureuses et devient l'événement à partir duquel on se construit une nouvelle virginité en faisant l'impasse sur son passé sexuel pour vivre dans le « présent matrimonial ». La contraception, en rendant la sexualité inféconde, a contribué à « socialiser » l'expérience sexuelle préconjugale. Elle a changé la nature du défi qui se pose aux femmes dans les relations amoureuses : pour beaucoup de femmes, il ne s'agit plus de chercher à éviter les relations sexuelles préconjugales mais les grossesses préconjugales. La nouvelle virginité n'est plus l'abstinence sexuelle avant le mariage mais l'absence d'enfant. Cette seconde « chasteté » des temps modernes renvoie à la possibilité de refuser l'engendrement pour les personnes socialement non « habilitées » : les célibataires. Même pour les personnes socialement « habilitées » à enfanter, c'est-à-dire les couples mariés, la contraception incarne la possibilité de contrôler la fécondité en l'inscrivant dans un agenda qui la soumet au « calcul ». En même temps, en permettant aux femmes de contrôler leurs grossesses, au su ou à l'insu des hommes, elle leur accorde une certaine forme de pouvoir.

Être enceinte ou ne pas l'être : l'expression d'un nouveau pouvoir féminin ?

Le contrôle des naissances fait partie des arguments majeurs des programmes de planification familiale. Officiellement au Mali, il vise à espacer l'intervalle entre les naissances des enfants même si on sait que cela peut favoriser la restriction de la taille de la descendance. La maîtrise de la fécondité renvoie à la question du contrôle de la femme sur son corps, le sentiment d'avoir un tel contrôle étant moins prononcé chez les femmes les plus âgées. B. F., 70 ans, non scolarisée, ayant onze enfants, observe : « À notre époque, tu n'avais pas le temps d'avoir envie d'une grossesse, tu faisais des enfants jusqu'à ce que ton corps soit fatigué. » Une autre femme beaucoup plus jeune, R. M., 30 ans, niveau secondaire confie : « J'ai quatre enfants et il me reste un dernier à faire. Si je n'ai pas fait plus d'enfants, c'est que je prends la pilule à l'insu de mon mari. Dès que j'ai besoin de tomber enceinte, j'arrête tout simplement la pilule. » Même s'il ne s'agit pas encore d'une véritable « révolution contraceptive » à l'image de celle qui s'est produite en Occident dans la seconde moitié du ^{xx}e siècle (Leridon 1987), pour les femmes la pratiquant, la contraception signifie un peu plus de contrôle sur le corps et la possibilité de se soustraire au poids d'une certaine tradition qui privilégiait les objectifs de reproduction. Aujourd'hui encore, il n'est pas rare de voir des belles-mères exiger que leurs belles-filles fassent plus d'enfants au nom du renforcement de la famille du mari. À ce propos, L. L., 25 ans, niveau secondaire, raconte : « J'avais trois enfants à l'époque et je voulais arrêter. Ma belle-mère a trouvé que ce n'est pas suffisant et m'accusait régulièrement de ne pas vouloir procréer. »

Dans certaines traditions malinkés en fort recul (dans la localité de Kéniéba plus précisément), l'infécondité constatée chez une femme poussait ses belles-sœurs à soumettre son sexe au rituel d'exposition au feu (*funfunni*) pour l'inciter à procréer². Il s'agit là d'une forme d'inscription de l'inégalité dans les corps marquée par le contrôle exercé par le groupe social du mari sur le corps de la femme. Si la domination masculine est supposée s'exercer de manière privilégiée dans les domaines de la conjugalité et de la reproduction, comme l'a souligné Paola Tabet (1985), il a été démontré que les normes dominantes de la masculinité peuvent être mises à rude épreuve par les ruses féminines (Broqua & Doquet 2013). La contraception, parce qu'elle permet de refuser la maternité, est devenue un des instruments de cette résistance. Beaucoup de femmes affirment désormais leur détermination à ne plus porter des grossesses contre leur gré et à ne pas laisser au seul conjoint l'initiative de l'enfantement. A. L., une femme de 24 ans, niveau supérieur, précise : « Nous, nous sommes différentes de nos mamans. J'ai

2. D'après les témoignages d'un de nos enquêtés.

quatre enfants, j'ai commencé à prendre la pilule quand j'ai compris que mon mari voulait toujours continuer à faire des enfants. » La dissimulation est un peu le « prix à payer » pour prendre possession de son corps par la contraception. Si pour certaines femmes la pratique contraceptive intervient à la suite d'une décision partagée avec le conjoint, chez beaucoup d'autres les réticences de ce dernier sont à l'origine de diverses stratégies de dissimulation comme le fait de cacher la pilule sous la jarre d'eau, dans la cuisine, le panier à provisions ou tout simplement chez une amie. Une étude menée à Bamako a montré que parmi les femmes interrogées, une proportion non négligeable (17 sur 55) pratiquait la contraception à l'insu du mari ou des parents de celui-ci et que cette pratique « clandestine » se faisait souvent dans une totale complicité entre belles-sœurs, qu'il s'agisse de l'achat des produits, de leur dissimulation ou de la préservation du « secret » de la pratique (Castle *et al.* 1999). Contre toute attente, l'étude a aussi montré que ce sont les femmes issues des foyers polygamiques qui sont les plus nombreuses parmi les « clandestines » et a souligné au moins une certitude : les femmes des foyers polygames usent, elles aussi, de la contraception et ne sont donc pas toutes engagées dans une logique de « maximisation » de leur fécondité.

Le contraceptif injectable est devenu le symbole de la pratique secrète de la contraception. Il a été d'autant plus populaire ces dernières années, qu'à la différence de la pilule il ne nécessite pas une utilisation quotidienne et peut être utilisé sans éveiller les soupçons de l'entourage. R. T., 30 ans, deux enfants, niveau supérieur, souligne : « Avec l'injectable, tu n'as pas besoin de prendre des comprimés chaque jour et de plus, tu peux faire ton injection sans que quelqu'un le sache. C'est vraiment discret. »

Tous ces constats montrent que la contraception incarne certes un nouvel espace de liberté pour les femmes mais que, pour beaucoup d'entre elles, celle-ci ne permet d'avoir un contrôle véritable sur le corps qu'en étant une pratique « clandestine » n'existant qu'à l'abri du regard marital. Certains travaux ont même souligné qu'au contraire, elle représente un levier de la domination masculine (Bajos & Ferrand 2004) nuancant ainsi la thèse selon laquelle la diffusion de la contraception médicalisée a fourni « le levier permettant aux femmes de soulever le poids de la domination masculine », comme l'avait souligné Françoise Héritier (2002 : 239) pour le cas des pays occidentaux. Il a également été montré qu'au Mali comme au Burkina Faso, la probabilité d'utiliser la contraception reste principalement liée aux attentes des hommes (Andro & Hertrich 2001). Il serait donc tout à fait abusif de prétendre que le pouvoir des femmes s'est vu littéralement transformé par la pratique contraceptive. Néanmoins, la contraception, qui traduit une maîtrise de la maternité, participe au renforcement du pouvoir de la femme sur son corps et contribue par là même à faire évoluer un domaine fondamental dans les relations hommes/femmes, celui de la sexualité.

La contraception et l'érotisme

« La contraception a été une expérience désagréable pour moi. J'ai pris trop de poids et les gens s'en étonnaient. J'ai fini par abandonner » (F. L., 25 ans, deux enfants, niveau supérieur). Pour cette interlocutrice, l'expérience contraceptive a été plutôt mal vécue à cause de la surcharge pondérale qui, pour beaucoup de femmes, fait partie des « soucis » liés à la contraception tout comme les vomissements, les nausées, les maux de tête, les aménorrhées, les saignements vaginaux, les règles ininterrompues, etc. Ces désagréments font l'objet de plaintes quotidiennes adressées aux agents de santé.

Soucieuses de leur apparence et de leur bonne santé, de plus en plus de femmes sont engagées dans une véritable démarche de « domestication » de leur corps. Nombreuses sont celles ayant la hantise de la surcharge pondérale et qui sont en quête permanente de « recettes » d'amaigrissement. Les gains et les pertes de poids sont particulièrement contrôlés. S. F., une femme de 23 ans, deux enfants, niveau secondaire, explique comment la contraception a remis en cause son désir d'avoir un joli corps : « Je prenais des pilules mais au bout de quelques mois, j'ai remarqué que je prenais du poids, cela ne me convenait pas et j'ai arrêté. J'ai même commencé à revoir ma façon de me nourrir. »

Étonnamment, à l'opposé de cet effet de dégénérescence du corps attribué à la pratique contraceptive, beaucoup d'autres femmes mettent en avant son effet régénérateur. Ainsi, pratiquer la contraception signifie pour un nombre important d'entre elles, changer d'apparence corporelle et donc, changer de corps. « La contraception est très bien pour le corps, ton corps devient lisse et plus joli, tu changes d'apparence », explique Aminata, 30 ans, deux enfants, niveau secondaire.

Les campagnes d'Éducation pour la santé (EPS) menées par les ONG ou par les programmes étatiques vantent souvent les mérites de la contraception en insistant sur cette dimension esthétique. C'est ce qu'illustre par exemple la scénette suivante produite par l'ONG américaine dénommée PSI-Mali :

L'extrait met en scène deux amies, Marie et Aïssa. La première rend visite à la seconde et trouve les enfants de cette dernière en train de pleurer.

Marie : Quels enfants étranges ! Bonjour Aïssa !

Aïssa : Marie, ça fait un bout de temps ! Quelle belle apparence physique tu as !

Marie : Je vais te révéler un secret : cela fait un an que moi, je fais l'injectable.

Aïssa : L'injectable !

Marie : Oui, l'injectable t'aide à instaurer un long délai d'espacement entre les naissances des enfants. C'est quelque chose de sûr et puis c'est facile à faire.

Aïssa : Ah bon ! C'est ça donc ton secret !

[...]

Les messages véhiculés dans le cadre de l'EPS valorisent souvent l'espacement des naissances comme une recette esthétique qui, en permettant une

mise en repos du corps maternel entre deux naissances, participe de ce fait même à la construction d'une nouvelle corporéité. Entre cure d'amaigrissement, port de gaine pour aplatir le ventre, les techniques de l'esthétique corporelle sont variées et participent toutes au façonnement du corps.

La séduction est un « art de faire », une démarche entrepreneuriale qui passe par l'utilisation de toute une série d'artifices. En Afrique de l'Ouest notamment, elle est basée sur un ensemble de techniques corporelles et non corporelles permettant aux femmes d'avoir une véritable emprise sur les hommes et même de les « dompter » (Fouquet 2007 ; Hane & Camara El Hadji 2012). Ces techniques ne sont pas nouvelles. L'utilisation des produits éclaircissants est par exemple courante en Afrique subsaharienne depuis plusieurs décennies (Godlee 1992). D'après les données d'une enquête épidémiologique menée à Bamako en 1990, le quart de la population féminine adulte de cette ville en avait alors adopté la pratique (Mahé *et al.* 1993). La contraception s'inscrit donc dans une lignée antérieure de pratiques esthétiques.

Pour bon nombre de femmes ayant participé à notre enquête, la beauté se situe dans un rapport d'opposition avec la maternité et le corps est censé perdre ses qualités séductrices dès lors que la femme devient mère. Selon une idée largement partagée, il est difficile pour la femme de s'occuper à la fois d'elle-même et de l'enfant. Autrement dit, la maternité ne peut servir à la fois l'enfant et la mère. L'hyper fécondité est particulièrement indexée comme pouvant compromettre la capacité de séduction ainsi que le soulignent les propos de F. B., 37 ans, trois enfants, niveau supérieur : « Comment peux-tu t'en sortir en ayant un enfant au sein, un autre sur le dos et le troisième sous les pieds ? Tu ne pourras jamais t'occuper de toi-même dans une telle situation ! Tu finiras par déplaire à ton mari qui va se tourner vers une autre femme ! » Le corps séducteur laisse la place au corps reproducteur à chaque nouvelle maternité. La période la plus propice à la production du corps séducteur se situe avant la naissance du premier enfant et après la naissance du dernier. Pour certaines femmes, le raccourcissement de cet intervalle intervient quand la mère décide de mettre fin avant le terme naturel à sa carrière maternelle. L'objectif qui sous-tend une telle décision est de terminer sa carrière maternelle en ayant encore un corps jeune, moins fatigué et permettant de se rendre disponible pour soi après s'être rendue disponible pour la reproduction. Cette action qui consiste à se désinvestir de la reproduction pour se réinvestir dans son corps donne le sentiment de renaissance comme le soulignent ici les propos de T. D., 38 ans, niveau primaire : « Je me suis dépêchée de mettre tous mes enfants au monde, j'en ai eu cinq en tout. Maintenant mon corps se repose et j'ai le temps de m'occuper de moi-même et de mon mari. C'est une nouvelle vie qui commence pour moi. » Cette déclaration renvoie à la difficulté pour une femme mariée de concilier « devoir social de maternité » et construction personnelle. Il y a une attente sociale qui ramène toujours la femme à son rôle procréateur. Après la mise en couple, beaucoup d'entre elles se font un

« devoir » de satisfaire rapidement cette attente d'abord avant de passer à des objectifs de construction personnelle (Charbit 1999).

D'une manière générale, l'Afrique contemporaine est de plus en plus marquée par un processus d'affirmation de l'individu (Marie 1997). Un plus grand contrôle exercé par l'individu sur son corps participe à ce processus. Le corps féminin ainsi « désinvesti » de sa vocation de reproduction communautaire est soumis à des logiques plus privées qui mettent l'accent sur la dimension du « Je ». Ainsi aujourd'hui en ville, beaucoup de femmes disposent de « spécialistes du corps » et elles n'hésitent pas à utiliser désormais une rhétorique sur le mode de la possession en disant « ma sage-femme », « mon gynéco », « mon docteur » comme on dirait « ma maison », « mon atelier », « ma voiture ». Ces « spécialistes » du corps reproducteur ont remplacé les matrones villageoises qui étaient les mêmes pour toute la collectivité. Le recours à leur service a imposé de nouvelles habitudes qui ont permis la mise en place d'un nouveau « contrat » de maternité. La nouvelle organisation du temps de la maternité inclut désormais le suivi de la grossesse, les soins postnataux, les séries de vaccination de l'enfant. Une nouvelle mémoire des âges, celle consignée dans les carnets de santé et autres documents administratifs se met en place et symbolise la culture de l'exactitude à l'opposée des anciens modes de reconstitution des dates qui situaient les âges des individus de façon rétrospective selon certains événements marquants de la vie collective ou individuelle (invasion acridienne, famine, révolutions politiques, victoire de l'équipe nationale, etc.). Les grands cycles collectifs qui rythmaient la vie des femmes comme les rituels d'excision ou de mariage et qui étaient toujours une affaire de classes d'âge cèdent de plus en plus la place à des événements vécus individuellement.

Au cœur du vécu individuel, le plaisir sexuel fait désormais l'objet d'une quête permanente pour beaucoup de femmes, jeunes et moins jeunes. Cette émergence de la sexualité « libidinale » s'accompagne entre autres de la montée de la sexualité adolescente et de la diversification du répertoire des pratiques sexuelles. Selon les données de l'EDSM-IV, 23,5 % des jeunes filles de 15-19 ans ont leurs premiers rapports avant l'âge de 15 ans (20,1 % pour les 45-49 ans). La même source indique que 22 % des femmes célibataires sexuellement actives utilisent une méthode contraceptive moderne.

Pour la quasi-totalité des personnes interrogées dans notre enquête, un rapport sexuel « complet » ne se limite pas à une simple pénétration de la femme par l'homme. Il y a beaucoup d'autres pratiques qui entrent dans la représentation du rapport sexuel. Le coït intervient comme la dernière étape d'un processus plus ou moins long qui réserve une place importante aux « petits jeux » (« *tulonkèninw* »), comprenant la communication intime (*baronin*) et les pratiques précoïtales comme les caresses, les embrassades. Désormais, l'exploration du corps de l'autre devient un préalable qui rentre dans la définition du rapport sexuel. Son absence est considérée comme inadmissible et assimilée à de la bestialité par M. S., femme de 19 ans (niveau

supérieur), sans enfants : « Faire le rapport sexuel sans préparation préalable ? Moi, je n'accepte pas cela. C'est de l'animalité. » Parmi les pratiques sexuelles emblématiques de l'époque contemporaine, il y a les positions sexuelles³. Soulignant le changement des pratiques sexuelles entre deux époques, une de nos interlocutrices emploie le terme « acrobaties » pour caractériser les positions sexuelles : « Maintenant, quand tu ne fais pas d'acrobaties (*jankawoloki*) sur le lit, tu ne sens pas que tu as fait des rapports sexuels. Donc, la façon de faire le sexe a vraiment changé » (C. B., 23 ans, non scolarisée, un enfant).

Ces pratiques, qui témoignent d'une passivité et d'une soumission amoindries de la femme dans la sexualité, ne sont pas imputables à la seule contraception. La nouvelle mise en scène du corps féminin et les nouvelles formes d'expression de la sexualité sont influencées par la publicité, la télévision ou encore le cinéma qui véhiculent de nouveaux modèles d'être, de nouvelles « manières de corps » et de nouvelles « manières de lit ». L'insertion des normes mondialisées dans un milieu local, par le biais de ce qu'Arjun Appadurai (2005) appelle les « *mediascapes* », contribue à une nouvelle expression de la beauté qui échappe à sa domestication par le biais des alliances et se fonde plutôt sur l'industrie du cosmétique comme l'a souligné Pierre-Joseph Laurent (2007) pour les Mossis du Burkina Faso.

Ces mutations définissent des « frontières » intergénérationnelles marquées par des passages variés : passage d'une sexualité construite par des contrôles et des disciplines externes aux individus à une sexualité organisée par les disciplines internes (Bozon 2004), passage d'une « sexualité statutaire » à une « sexualité consentie » (Marquet 2004). Sans être la condition exclusive de ces passages, la contraception les accompagne et les autorise. En permettant la dissociation de la procréation et du plaisir, elle a atténué la crainte des grossesses précoces, contribuant ainsi à la construction d'une sexualité préconjugale « inféconde ». Dans le même temps, elle a participé d'une nouvelle expression de la libido féminine qui constitue un indice de l'évolution plus générale des rapports de genre au Mali.

À l'issue de la présente étude, une conclusion s'impose : la contraception est un révélateur du social. Elle signale des clivages variés : personnes socialement « habilitées » à pratiquer la contraception (les femmes mariées) *versus* personnes socialement « non habilitées » (les célibataires), sexualité

3. Les positions sexuelles concernent les positions les plus couramment pratiquées dans les films pornographiques (la femme assise sur l'homme couché sur le dos, la femme couchée sur le côté faisant dos ou faisant face à l'homme, la femme à quatre pattes les fesses orientées vers l'homme agenouillé, etc.). Elles n'incluent pas la position du missionnaire.

reproductive *versus* sexualité « libidinale », « corps pour soi » *versus* « corps pour autrui », etc.

La dissimulation de la pratique par beaucoup de femmes face à l'opposition de leurs conjoints révèle les inégalités de sexe dans le domaine de la reproduction, de même que la gêne ou la honte éprouvée pendant l'achat à la pharmacie révèle le tabou de la sexualité. Mais la contraception traduit aussi des changements. Elle a offert à la femme la possibilité d'avoir un plus grand contrôle sur son corps et a permis de ce fait une redistribution du pouvoir en faveur de l'épouse dans la relation triangulaire épouse-mari-belle-famille. L'espacement des intervalles de naissance et la diminution de la taille de la famille donnent désormais aux femmes la possibilité de situer leurs aspirations au-delà de leurs rôles domestiques. Les femmes les plus âgées de notre échantillon ont connu pour la plupart une situation où elles étaient soumises aux exigences reproductives du groupe familial du conjoint. Beaucoup de femmes, parce qu'elles peuvent désormais choisir de tomber enceintes ou pas selon ce qu'elles estiment être dans leur intérêt, s'imposent dans la gestion de leur vie génésique. Ce nouveau pouvoir offert par la contraception peut bien entendu être source de tensions dans les rapports conjugaux, mais ces tensions signalent tout simplement une reconfiguration des rapports sociaux de sexe dans le domaine de la reproduction. Ainsi, à l'image de la sexualité qui « est toujours autre chose qu'elle-même » selon Maurice Godelier (2001), la contraception renvoie à diverses réalités : sexualité, rapports entre générations, rapports sociaux de sexe.

Département de santé publique de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie du Mali, Bamako.

BIBLIOGRAPHIE

ABEGA, S. C. & KOUAKAM, M. E.

2006 « Le premier rapport sexuel chez les jeunes filles à Yaoundé », *Cahiers d'Études africaines*, XLVI (1), 181 : 75-93.

ANDRO, A. & HERTRICH, V.

2001 « La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? », *Population*, 5 : 721-771.

APPADURAI, A.

2005 *Après le colonialisme, les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, Payot & Rivages.

ARIÈS, P.

1971 *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*, Paris, Éditions du Seuil.

BAJOS, N. & FERRAND, M.

2004 « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, 22 (3) : 117-142.

BANKOLE, A. ET AL.

2010 « Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services, *Studies in Family Planning*, 41 (2) : 117-124.

BAUDRILLARD, J.

1998 *De la séduction*, Paris, Galilée.

BENEFO, K. D.

2010 « Determinants of Condom Use in Zambia : A Multilevel Analysis », *Studies in Family Planning*, 41 (1) : 19-30.

BLANEY, C. L.

1993 « "Quality" Aims for Clients, often Relies on Staff », *Network*, 14 (1) : 5-8.

BOËTSCH, G. & GUILHEM, D.

2005 « Rituels de séduction », *Hermès*, 43.

BOILEAU, C. ET AL.

2008 « Gender Dynamics and Sexual Norms among Youth in Mali in the Context of HIV/AIDS Prevention », *African Journal of Reproductive Health*, 12 (3) : 173-184.

BOURDIEU, P.

1977 « Remarques provisoires sur la perception sociale du corps », Numéro spécial, « Présentation et représentation du corps », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 14 : 51-54.

BOZON, M.

2004 « La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes », in J. MARQUET (dir.), *Normes et conduites sexuelles, approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant : 15-34.

BRAND, S.

2001 *Mediating Means and Fate. A Socio-Political Analysis of Fertility and Demographic Change in Bamako, Mali*, Leiden, Brill.

BROCA, C. & DOQUET, A.

2013 « Les normes dominantes de la masculinité contre la domination masculine ? Batailles conjugales au Mali », *Cahiers d'Études africaines*, LIII (1-2), 209-210 : 293-321.

BROWN, L. *ET AL.*

- 1995 « Quality of Care in Family-Planning-Services in Morocco », *Studies in Family Planning*, 26 (3) : 154-168.

CALDWELL, J. C. & CALDWELL, P.

- 1987 « The Cultural Context of High Fertility in sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 13 (3) : 409-437.

CAMPBELL, M. M. *ET AL.*

- 2006 « Barriers to Fertility Regulation : A Review of the Literature », *Studies in Family Planning*, 37 : 87-98.

CASTLE, S.

- 2003 « Factors Influencing Young Malians' Reluctance to Use Hormonal Contraceptives », *Studies in Family Planning*, 34 (3) : 186-199.

CASTLE, S. *ET AL.*

- 1999 « A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali », *Studies in Family Planning*, 30 (3) : 231-248.
- 2002 « (Re)Defining Reproductive Health with and for the Community : An Example of Participatory Research from Mali », *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 6 (1) : 20-31.

CASTRO, J.

- 2012 « "Les filles sont trop matérialistes" : tensions et soupçons dans les échanges économique-sexuels à Bamako », in D. FASSIN & J.-S. EIDELIMAN (dir.), *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte : 309-330.

CHARBIT, Y.

- 1999 « Famille et fécondité : pour une démographie compréhensive », *Sociologie et sociétés*, XXXI (1) : 23-34.

CHEN, S. *ET AL.*

- 2003 « Determinants of Contraceptive Method Choice in Rural Tanzania between 1991 and 1999 », *Studies in Family Planning*, 34 (4) : 263-276.

COULIBALY, A.

- 2010 *La planification familiale au Mali : étude anthropologique*, Sarrebruck, Éditions universitaire européenne.

CPS/MS, DNSI/MEIC.

- 2007 *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*, Calverton, Maryland, USA.

DELAUNAY, V. *ET AL.*

- 2001 *Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural sénégalais*, Paris, Les dossiers du Ceped, 61.

DELAUNAY, V. & GUILLAUME, A.

- 2007 « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », in A. ADJAMAGBO *et al.* (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant : 211-263.

DES FORTS, J.

- 1996 « Maternal Mortality and Women's Condition : "The Distress of being a Woman" », *International Journal of Anthropology*, 11 (2-4) : 123-136.

DITTE, E. S.

- 2010 « "Love of the Heart" : Romantic Love Among Young Mothers in Mali », *Culture, Health & Sexuality*, 12 (4) : 415-427.

DJIRÉ, M. *ET AL.*

- 1997 « La sexualité des adolescents au Sahel », Paris, *La chronique du Ceped*, 25.

FAINZANG, S.

- 1991 « Sexualité et reproduction chez les Africaines immigrées soninké et toucouleur vivant en ménage polygamique », *Sciences Sociales et Santé*, IX (4) : 89-109.

FAINZANG, S. & JOURNET, O.

- 1988 *La femme de mon mari. Anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*, Paris, L'Harmattan.

FOUQUET, T.

- 2007 « De la prostitution clandestine aux désirs de l'ailleurs : une ethnographie de l'extraversion à Dakar », *Politique Africaine*, 107 : 102-123.

GIDDENS, A.

- 2004 *La transformation de l'intimité. Sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes*, Arles, Éditions Le Rouergue/Chambon.

GODELIER, M.

- 2001 « La sexualité est toujours autre chose qu'elle-même », *Esprit*, Numéro spécial, « L'un et l'autre sexe », mars-avril : 96-104.

GODLEE, F.

- 1992 « Skin Lighteners Cause Permanent Damage », *British Medical Journal*, 305 : 33.

GUEYE, M. *ET AL.*

- 2001 « Timing of First Intercourse among Malian Adolescents : Implications for Contraceptive Use », *International Family Planning Perspectives*, 27 (2) : 56-62.

HANE, F. & CAMARA EL HADJI, M. S.

- 2012 « La séduction entre hommes et femmes : une affaire de négociations et de pouvoirs ? », in Y. JAFFRÉ *et al.* (dir.), *Fécondité et contraception en Afrique de L'Ouest : une contribution anthropologique*, Paris, Éditions Faustroll Claunay.

HARDON, A.

- 1997 « Reproductive Rights in Practice : A Comparative Assessment of Quality of Care », in A. HARDON & E. HAYES (eds.), *Reproductive Rights in Practice : A Feminist Report on Quality of Care*, London-New York, Zed Books.

HÉRITIER, F.

- 2002 *Masculin/féminin, Dissoudre la hiérarchie*, Paris, Odile Jacob.

JAFFRÉ, Y. ET AL. (DIR.)

- 2012 *Fécondité et contraception en Afrique de L'Ouest : une contribution anthropologique*, Paris, Éditions Faustroll Claunay.

JANNA, MCD. ET AL.

- 2009 « Determinants of Contraceptive Acceptance among Cambodian Abortion Patients », *Studies in Family Planning*, 40 (2) : 123-132.

JEJEEBHOY, S. J.

- 1995 *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour : Experience from Developing Countries*, Oxford, Clarendon Press.

KATZ, K. ET AL.

- 1993 *Quality of Care in Family Planning : A Catalog of Assessment and Improvement Tools*, Durham, Family Health International.

LALLEMAND, S.

- 1985 *L'apprentissage de la sexualité dans les contes d'Afrique de l'Ouest*, Paris, L'Harmattan.

LAURENT, P.-J.

- 2007 « Aspects de la domestication sociale de la beauté », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 38 (1) : 183-189.

LE BRETON, D.

- 2005 *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF (« Quadrige »).

LERIDON, H. ET AL.

- 1987 *La seconde révolution contraceptive, la régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, INED, Travaux et documents, Cahiers n° 117, Paris, PUF.

LUTALO, T. ET AL.

- 2000 « Trends and Determinants of Contraceptive Use in Rakai District, Uganda, 1995-1998 », *Studies in Family Planning*, 31 (3) : 217-227.

MAHÉ, A. ET AL.

- 1993 « Enquête épidémiologique sur l'utilisation cosmétique de produits dépigmentants par les femmes de Bamako (Mali) », *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 120 : 870-873.
- 2004 « La dépigmentation à Dakar (Sénégal) : facteurs socio-économiques et motivations individuelles », *Sciences sociales et santé*, 22 (2) : 5-33.

MARIE, A.

- 1997 « Du sujet communautaire au sujet individuel », in A. MARIE (dir.), *L'Afrique des individus, Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine* (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey), Paris, Karthala : 53-110.

MARQUET, J.

- 2004 « Sexualité consentie, fidélité et performance », in J. MARQUET (dir.), *Normes et conduites sexuelles, approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant : 35-60.

MAUSS, M.

- 1996 [1932] *Manuel d'ethnographie*, Paris, Payot.

OMBOLO, J.-P.

- 1990 *Sexe et société en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan.

OMOKARO, G.

- 2009 « Féminités et masculinités bamakoises en temps de globalisation », *Autre-part*, 49 : 189-204.

OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ)

- 2012 *Statistiques sanitaires mondiales 2012*, Genève.

OUÉDRAGO, C. & BOUVIER-COLLE, M. H.

- 2002 « Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 31 : 80-89.

PRB (POPULATION REFERENCE BUREAU)

- 2009 *Family Planning Saves Live*, Fourth Edition,
<<http://www.prb.org/Reports/2009/fpsl.aspx>>.

TABET, P.

- 1985 « Fertilité naturelle, reproduction forcée », in N.-C. MATHIEU (dir.), *L'arrondissement des femmes : essais en anthropologie des sexes*, Paris, Éditions de l'EHESS : 61-146.

VEYNE, P.

- 1996 « L'interprétation et l'interprète, à propos des choses de la religion », *Enquête*, 3 : 241-272.

VIGARELLO, G.

- 2003 « La séduction », *Le portique*, <<http://www.leportique.revues.org/575>>.

WADE, K.

- 2001 *Comportements relationnels, sexualité et fécondité des mères célibataires à Ouakam dans l'agglomération dakaroise (Sénégal)*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.

RÉSUMÉ

La plupart des travaux sur la planification familiale évoquent cette pratique d'un point de vue purement sanitaire et ont développé une approche essentiellement statistique de la question. *A priori*, les taux peu élevés de prévalence contraceptive suffisent pour conclure que les programmes ont eu un faible impact sur la vie reproductive des femmes. Mais une analyse plus poussée permet de nuancer un tel point de vue. En effet, la vaste littérature consacrée à ce sujet reste silencieuse sur le rôle joué par la contraception dans l'émergence d'un nouveau rapport au corps et à la sexualité. Cet article, en évoquant ces divers changements, contribue à combler ce vide.

ABSTRACT

"Oh! So that's Your Secret!" Contraceptive Practice, Emergence of New Body and Sexuality Attitude in Mali. — Most of the studies on family planning evoke this practice as a purely health perspective and developed an approach essentially statistical to the issue. *A priori*, the low contraceptive prevalence rate is sufficient to conclude that the programs have had low impact on the reproductive life of women. But further analysis permits to nuance such a perspective. Indeed, the vast literature devoted to this subject is silent on the role of contraception in the emergence of a new body and sexuality attitude. This article, raising these various changes, helps to fill this empty space.

Mots-clés/Keywords : Mali, contraception, corps, émergence, sexualité/Mali, contraception, body, emergence, sexuality.