

REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE À BOUAKÉ (CENTRE-NORD CÔTE D'IVOIRE)

Adou Serge Judicaël ANOUA
Université Alassane OUATTARA
Côte d'Ivoire

Reçu : 29/12/2025

Évalué : 07/01/2026

Publié : 02/06/2026

Résumé : Cette étude analyse les représentations sociales de la planification familiale chez les femmes de Bouaké et les facteurs influençant l'accès aux services. Elle repose sur une approche mixte séquentielle exploratoire combinant six focus groups dans trois quartiers (Broukro, Air-France, Sokoura) et une enquête quantitative auprès de 300 femmes. Les résultats montrent une connaissance déclarée élevée, centrée sur quelques méthodes modernes. Les représentations dominantes concernent l'espace des naissances et la santé maternelle et infantile. Les contraintes relèvent des effets secondaires, des normes religieuses et familiales, tandis que les motivations sont principalement sanitaires.

Mots-clés : Planification familiale, représentations sociales, normes socioculturelles, santé reproductive, dynamiques communautaires.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF FAMILY PLANNING IN BOUAKÉ (CENTRAL-NORTH CÔTE D'IVOIRE)

Abstract : This study examines the social representations of family planning among women in Bouaké and the factors influencing access to services. A sequential exploratory mixed-methods design was used, combining six focus groups in three neighbourhoods (Broukro, Air-France, and Sokoura) and a quantitative survey of 300 women. The findings reveal a high reported awareness, mainly limited to common modern methods. The dominant perceptions relate to birth spacing and maternal and child health. Identified barriers include side effects and religious and family norms, while motivations are largely driven by health considerations.

Keywords : Family planning, social representations, sociocultural norms, reproductive health, community dynamics.

Introduction

La planification familiale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, particulièrement dans les pays d'Afrique subsaharienne où les indicateurs de santé reproductive demeurent préoccupants malgré les progrès observés. En Côte d'Ivoire, l'engagement étatique en faveur du renforcement de l'accès aux services de planification familiale s'est traduit par des investissements publics croissants depuis l'adhésion au partenariat FP2020. Cependant, la prévalence contraceptive moderne reste relativement faible (MSHP-CMU, 2021, p. 64-65), révélant la persistance d'obstacles multiples d'ordre social, culturel, économique et

institutionnel qui limitent la capacité des femmes à exercer un contrôle effectif sur leur fécondité.

La littérature scientifique souligne en effet que les perceptions, attitudes et pratiques en matière de planification familiale sont largement façonnées par des facteurs socio-démographiques (M. Coulibaly et al., 2022), éducatifs (H. Bassinga, O. Barry et S. C. Ouedraogo, 2023, p. 274), matrimoniaux (A. M. Sidibe, P. I. Kadetz, T. Hesketh, 2020, p. 5) et culturels (E. M. L. Essis et al., 2023, p. 6-7). Les contraintes socio-économiques, notamment le coût des services, les distances géographiques et les inégalités d'accès équitable et effectif aux soins, constituent également des freins importants (Z.T. Tesema et al., 2022, p. 4-6 ; M. Kandji et al., 2024, p. S4-S10). À cela s'ajoutent des normes patriarcales et religieuses qui influencent fortement les comportements reproductifs des femmes, comme l'ont montré plusieurs travaux en Afrique de l'Ouest (H. Berger, et A. Dasré, 2024, p. 6-10 ; N. S. Owoo, 2023, p.80-84 ; M. Bougma et C. Rossier, 2022, p. 237-255). Au-delà des obstacles, des motivations claires existent également, parmi lesquelles la recherche d'une meilleure santé maternelle, le désir d'espacer les naissances, des aspirations socio-économiques ainsi que la volonté d'autonomisation (M. Coulibaly et al., 2023, p. 73-75 ; F. Bazié et al., 2024, p. 4-8 ; A. R. Bado, H. Badolo et L. R. Zoma, 2020, p. 150-153).

Dans un contexte urbain marqué par la diversité ethnique, religieuse et socio-économique, la ville de Bouaké constitue un espace social particulièrement pertinent pour analyser les représentations sociales de la planification familiale. Les quartiers de Broukro, Air-France et Sokoura, où se situe cette étude, offrent une configuration où se mêlent traditions, dynamiques familiales, prescriptions religieuses, influences institutionnelles et transformations sociales. Les pratiques contraceptives qui y sont observées ne peuvent être comprises sans une analyse fine des significations que les femmes attribuent à la planification familiale, des logiques d'action qui guident leurs choix et des contraintes qui orientent leurs décisions. Cette perspective relève pleinement de l'approche socio-anthropologique, pour laquelle les comportements de santé s'interprètent à partir de l'univers symbolique, des normes sociales, des ressources disponibles et des relations de pouvoir.

Les constats préliminaires effectués à Bouaké mettent en lumière trois éléments majeurs, à savoir une connaissance limitée ou partielle des méthodes contraceptives malgré une familiarité apparente avec la planification familiale, une influence marquée des dynamiques familiales et religieuses sur le recours ou le non-recours aux services de planification familiale, et un désir affirmé des femmes de préserver leur santé reproductive et la santé de leurs enfants à travers l'espacement des naissances. Ces constats ouvrent un champ d'interrogation essentiel en posant la question de savoir en quoi les facteurs sociaux façonnent la fréquentation des services de la planification familiale.

Pour répondre à cette question, cette étude poursuit l'objectif général d'analyser les facteurs sociaux sous-jacents au recours aux services de planification familiale chez les femmes des aires sanitaires de Broukro, Air-France et Sokoura. Trois objectifs spécifiques structurent la démarche. Il s'agit d'évaluer le niveau de

connaissance des femmes en matière de planification familiale, d'identifier les contraintes liées à la fréquentation des services de planification familiale et de déterminer les facteurs de motivation qui sous-tendent l'adoption ou non des méthodes contraceptives. Ces objectifs reposent sur l'hypothèse générale selon laquelle les facteurs sociaux influencent significativement le recours des femmes à la planification familiale, et sur des hypothèses spécifiques portant sur les effets de la connaissance, des normes familiales et religieuses, ainsi que des considérations liées à la santé reproductive.

Ainsi structurée, cette étude s'inscrit dans une démarche compréhensive visant à saisir le sens que les femmes attribuent à la planification familiale, tout en mobilisant une approche comparative entre les trois quartiers étudiés. Elle ambitionne de contribuer à une meilleure compréhension socio-anthropologique des logiques sociales qui encadrent les pratiques contraceptives à Bouaké, afin de nourrir la réflexion scientifique et d'éclairer les stratégies de santé publique en matière de santé reproductive.

1- Méthodologie

Afin de répondre aux objectifs de l'étude et d'analyser de manière rigoureuse les logiques sociales entourant la planification familiale à Bouaké, une démarche méthodologique structurée en plusieurs étapes a été adoptée.

1.1- Cadre et type d'étude

L'étude a été menée dans la ville de Bouaké, au centre de la Côte d'Ivoire, plus précisément dans trois quartiers, Broukro, Air-France et Sokoura, sélectionnés pour leur diversité socio-démographique et la présence de structures sanitaires de premier recours. La population étudiée est composée de femmes en âge de procréer, déjà mères, et évoluant dans un contexte marqué par une forte mixité ethnique, notamment baoulé, malinké et sénoufo, et religieuse, principalement chrétienne et musulmane. Les variables sociodémographiques prises en compte incluent l'âge, la profession, le niveau d'éducation, la religion et le statut matrimonial, car elles influencent potentiellement les pratiques de santé reproductive.

Pour assurer une compréhension approfondie des phénomènes étudiés, l'approche méthodologique adoptée repose sur une démarche mixte séquentielle exploratoire, articulant une phase qualitative suivie d'une phase quantitative. La conception générale s'appuie sur le design présenté par J. W. Creswell et V. L. Plano Clark (2017). La phase qualitative, orientée par une logique descriptive interprétative, visait à saisir les représentations et expériences des femmes concernant la contraception. Elle s'est appuyée sur des entretiens individuels, que Grawitz définit comme un processus de communication destiné à recueillir des informations en relation avec un but fixé (M. Grawitz, 1986), ainsi que sur six focus groups homogènes réalisés dans les trois quartiers. Une recherche documentaire est venue compléter ces matériaux. La phase quantitative a ensuite permis de mesurer l'ampleur des phénomènes identifiés grâce à un questionnaire administré en face-à-face auprès de 300 femmes, réparties équitablement entre les quartiers, avec 50 jeunes et 50 adultes dans chacun d'eux, selon les étapes classiques de conception,

de pré-test et d'administration présentées par R. Quivy et L. Van Campenhoudt (2011).

Afin d'assurer la cohérence de l'ensemble du processus méthodologique, les modalités d'échantillonnage et de collecte des données sont présentées ci-après.

1.2- Échantillonnage et collecte des données

L'échantillonnage, non probabiliste et raisonné selon N. N'Da (2002), a été défini à partir de critères précis, notamment être une femme ayant déjà procréé, résider dans l'un des trois quartiers retenus, avoir fréquenté un service de planification familiale et avoir utilisé au moins une méthode contraceptive moderne.

Les outils mobilisés comprenaient un guide d'entretien et une grille de lecture utilisée comme support de structuration des informations documentaires, conformément aux principes de classement analytique proposés par L. Bardin (2013). Un questionnaire structuré s'inspirant de la définition classique de R. Quivy et L. Van Campenhoudt (2011) et des enregistrements vocaux garantissant la fidélité des propos recueillis ont également été utilisés.

La démarche de collecte s'est déroulée en trois temps. Une enquête exploratoire a été réalisée en juillet 2025 afin de vérifier la pertinence et la faisabilité du terrain. Elle a été suivie d'une pré-enquête en août 2025 dans les quartiers de Koko et Ahougnanssou pour tester les outils méthodologiques. L'enquête principale s'est tenue du 11 au 28 septembre 2025.

L'ensemble du dispositif a été mis en œuvre dans le respect strict des principes éthiques, ce qui inclut l'information des participantes, l'obtention du consentement éclairé, la confidentialité des échanges et l'anonymisation intégrale des données, notamment par l'utilisation de codes d'identification pour désigner les enquêtées dans l'analyse.

Les procédures retenues pour la gestion et l'analyse des données sont exposées ci-après.

1.3- Gestion et analyse des données

Les données qualitatives ont été traitées selon une analyse thématique inspirée de l'approche compréhensive de Weber, pour qui la compréhension des phénomènes sociaux repose sur le sens que les individus attribuent à leurs actions (M. Weber, 1971). La méthode comparative a également été mobilisée pour mettre en relation les situations observées dans les trois quartiers et en dégager les convergences et les divergences. Cette perspective analytique se réfère notamment aux travaux de C. C. Ragin (2014).

Les données quantitatives ont été analysées à partir de statistiques descriptives portant sur les effectifs, les fréquences et les pourcentages, permettant de mesurer l'étendue des tendances observées.

Enfin, le cadre théorique articule la théorie des représentations sociales, définie comme une forme de connaissance socialement élaborée et partagée selon M.

Herzlich (1969) et D. Jodelet (1989), et la théorie du choix rationnel, qui considère que les individus agissent selon les raisons qu'ils jugent pertinentes, conformément à R. Boudon (1990). L'association de ces perspectives vise à saisir les significations que les femmes attribuent à la planification familiale ainsi que les arbitrages qu'elles opèrent entre normes sociales, attentes familiales, croyances religieuses et préoccupations de santé.

Cette démarche méthodologique permet désormais de présenter les principaux résultats obtenus.

2- Résultats

Cette section présente les principaux résultats issus des volets qualitatif et quantitatif de l'étude, en mettant en lumière les caractéristiques des enquêtées, leur niveau de connaissance, les contraintes rencontrées et les motivations déclarées.

2.1- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées

L'enquête quantitative menée auprès de 300 femmes issues des quartiers d'Air-France, Broukro et Sokoura révèle un profil socio-démographique diversifié. Comme l'indique le Tableau 1, la répartition par âge montre un équilibre entre adolescentes (50 %) et femmes adultes (50 %). De même, la distribution par lieu de résidence est strictement homogène entre les trois zones d'enquête.

En matière de parité, la majorité des enquêtées sont mères d'un à deux enfants (47,33 %) ou de deux à quatre enfants (34 %), ce qui témoigne d'un profil reproductif relativement jeune. Les femmes célibataires constituent la catégorie matrimoniale la plus représentée (60 %), confirmant le poids des jeunes femmes dans l'échantillon.

Le niveau d'éducation varie, mais près de quatre enquêtées sur dix ont atteint au moins l'enseignement secondaire. Les principales activités professionnelles identifiées sont les études (47,33 %) et le commerce (23,67 %), traduisant la forte présence des jeunes et de l'économie informelle dans la population étudiée. Les données religieuses indiquent une majorité de musulmanes (50,33 %), tandis que les groupes mandé dominent l'échantillon sur le plan ethnique (48,67 %).

Tableau 1 : Profil socio-démographique des enquêtées (N = 300)

Variables	Modalités	Effectif	Fréquence (%)
Tranche d'âge	Moins de 20 ans	150	50,00
	20 ans et plus	150	50,00
Lieu de résidence	Air-France	100	33,33
	Broukro	100	33,33
	Sokoura	100	33,33
Nombre d'enfants	0 enfant	33	11,00
	1 à 2 enfants	142	47,33

	2 à 4 enfants	102	34,00
	Plus de 4 enfants	23	7,66
Statut matrimonial	Célibataire	180	60,00
	Autres statuts*	120	40,00
Niveau d'éducation	Aucun / primaire / supérieur	181	60,33
	Secondaire	119	39,67
Profession	Commerçante	71	23,67
	Élève / Étudiante	142	47,33
	Autres professions**	87	29
Religion	Musulmane	151	50,33
	Autres religions***	149	49,67
Groupe ethnique	Mandé	146	48,67
	Autres groupes****	154	51,33

* « Autres statuts » : mariée, en union libre, divorcée, veuve.

** « Autres professions » : artisane, entrepreneure, fonctionnaire, ménagère, rayonniste, sans emploi.

*** « Autres religions » : aucune, animiste, chrétienne.

**** « Autres groupes » : akan, gour, krou.

Source : Enquête de terrain, septembre 2025

Après avoir dressé le profil socio-démographique, l'analyse se concentre maintenant sur le niveau de connaissance des femmes concernant la planification familiale.

2.2- Connaissances relatives à la planification familiale

Les résultats montrent une connaissance déclarée élevée de la planification familiale. Le Tableau 2 indique que 87,33 % des femmes affirment en avoir déjà entendu parler. Les entretiens qualitatifs confirment cette tendance et révèlent que les femmes associent couramment la planification familiale à la prévention des grossesses rapprochées ou non désirées. Les verbatims suivants l'illustrent clairement, comme l'exprime une participante : « *C'est mettre implants pour que les enfants ne soient pas collés.* » (FGA3, Broukro), et une autre ajoute : « *C'est prendre les comprimés ou les piqûres pour ne pas tomber enceinte.* » (FGJ2, Sokoura).

Concernant les canaux d'information, les centres de santé apparaissent comme la première source d'apprentissage (63,36 %), suivis de la famille (49,62 %), de la télévision (38,17 %) et d'internet (30,15 %). Les participantes associent à la

planification familiale plusieurs finalités, notamment l'espace des naissances (43,67 %), la prévention des grossesses rapprochées (47,33 %) et la limitation du nombre d'enfants (35,67 %).

Une majorité de femmes déclarent connaître au moins une méthode contraceptive moderne, principalement les implants, les injectables et les pilules. Par ailleurs, les entretiens révèlent l'existence de pratiques traditionnelles de régulation des naissances, bien que minoritaires (29,67 %), ce qui confirme une forme de pluralisme contraceptif dans les représentations locales.

Tableau 2 : Connaissances relatives à la planification familiale (N = 300)

Dimensions	Modalités / Informations	Pourcentage (%)
Connaissance de la planification familiale	Oui	87,33
	Non	12,67
Canaux d'information	Centres de santé / maternités	63,36
	Famille / proches	49,62
	Télévision	38,17
	Internet	30,15
	École	8,78
	Radio	5,34
Sens attribué à la planification familiale	Empêcher une grossesse	9,67
	Empêcher les grossesses rapprochées	47,33
	Espace des naissances	43,67
	Limitation des naissances	35,67
	Prévention des MST	4,33
Connaissance des services PF	Oui	81,67
	Non	18,33
Perception de la distance des services	Services à proximité	58,78
	Services éloignés	41,22
Connaissance des méthodes contraceptives modernes	Implants	65,67
	Contraceptifs injectables	65,00
	Contraceptifs oraux	51,33
	Stérilet	31,33

	Coït interrompu	7,67
	Méthodes naturelles	6,00
	Ne connaît aucune méthode	5,67
Connaissance de l'existence de pratiques traditionnelles	Oui	29,67
	Non	54,67
	Ne sait pas	15,67
Types de pratiques traditionnelles connues / utilisées	Boire des tisanes / remèdes	69,66
	Porter un collier à la taille	41,57
	Manger des grains de papaye	17,98
	Méthode du calendrier	6,74
Méthodes contraceptives modernes utilisées	Implants	43,55
	Pilule du lendemain	43,01
	Injections	35,48
	Coït interrompu	27,34
	Méthodes naturelles	16,67
	Stérilet	3,76

Source : Enquête de terrain, septembre 2025

Après l'examen des connaissances, l'étude met en évidence les contraintes qui freinent l'utilisation effective des méthodes contraceptives.

2.3- Contraintes liées au recours à la planification familiale

Les contraintes identifiées concernent autant l'information reçue que les effets secondaires perçus ou vécus. Le Tableau 3 montre que près de 48,67 % des enquêtées déclarent ne pas avoir reçu d'explications sur les effets secondaires possibles de leur méthode contraceptive. Cette situation apparaît également dans les entretiens, comme l'explique une participante : « *Elle met l'implant et c'est tout, elle ne dit plus rien après.* » (FGA2, Sokoura).

Les effets secondaires connus, tels que la prise de poids (48,05 %), les saignements irréguliers (47,40 %) et les nausées (30,52 %), sont régulièrement cités. Les effets réellement expérimentés demeurent importants, notamment la prise de poids (21,33 %) et les saignements (17,67 %).

Le manque d'information sur la possibilité de changer de méthode constitue une autre contrainte majeure, puisque 54,33 % des femmes déclarent ne pas avoir été informées de cette option. Les verbatims mettent en lumière un déficit de communication entre prestataires et utilisatrices, comme l'illustre l'affirmation

suivante : « *Quand tu vas là-bas, on te donne seulement, on ne dit pas ce que ça peut faire.* » (FGJ3, Broukro).

Tableau 3 : Contraintes liées au recours à la planification familiale

Dimensions des contraintes	Catégories / Items	Pourcentage (%)
Information reçue sur les effets secondaires	Oui	51,33
	Non	48,67
Effets secondaires connus par les femmes	Prise de poids	48,05
	Saignements irréguliers	47,40
	Maux de tête	31,17
	Nausées	30,52
	Absence de règles	28,57
	Vertiges	17,53
	Baisse de libido	6,49
Information reçue sur la possibilité de changer de méthode en cas d'effets secondaires	Oui	45,67
	Non	54,33
Effets secondaires expérimentés par les enquêtées	Prise de poids	21,33
	Saignements irréguliers	17,67
	Nausées	14,00
	Absence de règles	10,00
Raisons de l'interruption des méthodes contraceptives	Effets secondaires (principal motif)	47,12

Source : Enquête de terrain, septembre 2025

Au-delà des aspects sanitaires et informationnels, des normes culturelles et religieuses renforcent les réticences observées. Dans les trois quartiers, la fécondité élevée reste associée au respect, au prestige et à la stabilité conjugale. Une participante explique que « *chez nous les dioulas, faire beaucoup d'enfants c'est bon... quand ils sont nombreux et qu'ils travaillent, on te respecte bien.* » (FGJ1, Air-France). L'autorité masculine limite également l'autonomie reproductive, comme en témoigne cette femme de Broukro à qui son conjoint a imposé de « *laisser la grossesse.* » malgré son intention de l'interrompre (FGA3, Broukro).

Certaines doctrines religieuses renforcent ces restrictions. Une enquêtée rapporte que « *mon pasteur a dit que la religion est contre ça... ceux qui utilisent ces choses vont partir en enfer.* » (FGA1, Air-France). D'autres discours valorisent une procréation abondante. Cependant, quelques participantes proposent une interprétation plus nuancée, estimant que « *la vraie religion n'empêche pas la planification familiale.* » (FGA2, Sokoura).

Après l'analyse des contraintes, il est essentiel d'examiner les facteurs qui motivent malgré tout les femmes à recourir à la planification familiale.

2.4- Facteurs de motivation au recours à la planification familiale

Malgré les obstacles identifiés, plusieurs motivations favorisent l'adoption des méthodes contraceptives. Les données du Tableau 4 montrent que l'amélioration de la santé maternelle et infantile constitue la motivation principale. En effet, 65,46 % des enquêtées citent la santé maternelle et 60,24 % évoquent la santé de l'enfant. Cette dimension sanitaire est confirmée dans les entretiens, où une participante affirme : « *Ça permet à la femme de bien se retrouver et puis aux enfants... Une maman qui est en bonne santé forcément elle va bien prendre soin de ses enfants.* » (FGA3, Broukro).

L'espace des naissances occupe une place importante, cité par 44,67 % des femmes. Plusieurs enquêtées insistent sur la nécessité du repos post-accouchement. Une jeune femme souligne : « *Quand tu accouches, il faut te reposer pour que ton corps se récupère avant de faire un autre enfant.* » (FGJ1, Air-France).

D'autres motivations apparaissent, même si elles sont moins fréquentes. La prévention des grossesses non désirées concerne 8,67 % des femmes, tandis que les motivations liées à l'autonomie personnelle (contrôle de sa vie 14 %, bien-être personnel 22,67 %) émergent dans certains discours. Une participante explique par exemple : « *Si une femme fait deux ans ou trois ans avant d'accoucher, elle peut faire ses activités sans souci.* » (FGA2, Sokoura).

Enfin, la décision du nombre d'enfants, citée par 24,67 % des enquêtées, renvoie à une volonté de planification consciente, bien que souvent contrainte par les normes familiales. Une femme rapporte que son conjoint s'est opposé à la régulation des naissances au nom de la valorisation familiale des familles nombreuses à travers ces dires : « *J'ai parlé pour faire passer la grossesse, mais mon mari a dit que chez eux ils aiment beaucoup d'enfants.* » (FGA3, Broukro).

Tableau 4 : Motivations au recours à la planification familiale (N = 300)

Motivations	Oui (%)	Non (%)
Espacement des naissances	44,67	55,33
Empêcher les grossesses non désirées	8,67	91,33
Bénéfique pour la santé de la mère	65,46	34,54
Bénéfique pour la santé de l'enfant	60,24	39,76
Amélioration de la qualité de vie de la mère et de l'enfant	29,67	70,33
Décision du nombre d'enfants	24,67	75,33
Contrôle de sa vie	14,00	86,00

Bien-être personnel	22,67	77,33
Importance générale accordée à la planification familiale	41,37	58,63

Source : Enquête de terrain, septembre 2025

L'ensemble de ces résultats appelle maintenant une analyse approfondie visant à en dégager les significations sociales et les implications en matière de santé reproductive.

3. Discussion

L'analyse des résultats révèle des dynamiques complexes où se croisent connaissances déclaratives, représentations sociales, contraintes structurelles et motivations individuelles, ce qui invite à une interprétation socio-anthropologique approfondie des pratiques contraceptives observées à Bouaké.

3.1- Une connaissance déclarative mais limitée de la planification familiale

Pour commencer, les résultats montrent que les femmes de Bouaké déclarent massivement connaître la planification familiale, mais cette connaissance demeure partielle et sélective. Cette tendance rejoint les constats de M. Coulibaly et al. (2022), qui soulignent que la familiarité apparente ne garantit pas une compréhension approfondie des méthodes contraceptives. Les femmes interrogées évoquent essentiellement les implants, les injections et les pilules, tandis que les méthodes moins courantes sont rarement mentionnées. Cette focalisation confirme le rôle central des centres de santé comme principal canal d'information et met en évidence les limites observées dans d'autres contextes ouest-africains où la transmission de l'information reste souvent brève et incomplète.

3.2- Des représentations centrées sur l'espacement des naissances et la santé reproductive

Dans le prolongement de cette connaissance sélective, les représentations sociales associées à la planification familiale reposent principalement sur l'idée d'espacer les naissances et de préserver la santé maternelle et infantile. Cette orientation converge avec les analyses de H. Bassinga, O. Barry et S. C. Ouedraogo (2023, p. 274), pour qui les motivations sanitaires occupent une place centrale dans l'adoption de la contraception en milieu urbain. Les verbatims soulignent cette logique, notamment lorsqu'une femme évoque le repos nécessaire après l'accouchement. Ces perceptions rejoignent les observations de A. M. Sidibé, P. I. Kadetz et T. Hesketh (2020, p. 5) sur les rythmes reproductifs dans les espaces urbains africains.

3.3- Des contraintes persistantes combinant déficit d'information, effets secondaires et normes socioculturelles

Dans la continuité de ces représentations, les contraintes mises en évidence apparaissent multiples. Les difficultés rencontrées par les femmes relèvent d'abord d'un manque d'information. Près de la moitié déclarent ne pas avoir été informées des effets secondaires possibles ou des alternatives en cas d'intolérance. Les

verbatim révèlent une communication unidirectionnelle, tendance déjà identifiée par M. Kandji et al. (2024, p. S4-S10) dans l'analyse du conseil clinique.

Les effets secondaires, redoutés ou vécus, constituent également une contrainte majeure. La proportion importante de femmes évoquant la prise de poids, les saignements irréguliers ou les nausées confirme le poids de l'expérience corporelle dans les décisions contraceptives. Ces constats rejoignent les analyses de H. Berger et A. Dasré (2024, p. 6-10) ainsi que celles de M. Bougma et C. Rossier (2022, p. 237-255), qui montrent que les perceptions corporelles influencent fortement les choix reproductifs.

À ces limites informationnelles et sanitaires s'ajoutent des normes culturelles et religieuses qui exercent une influence déterminante. La valorisation de la fécondité élevée comme source de prestige social reste fortement ancrée dans les trois quartiers, comme l'indiquent les témoignages soulignant que faire beaucoup d'enfants constitue un signe de respect ou de réussite. L'autorité masculine dans la décision reproductive, illustrée à plusieurs reprises, s'inscrit dans les analyses proposées par E. M. L. Essis et al. (2023, p. 6-7) et N. S. Owoo (2023, p.80-84). Les normes religieuses oscillent entre condamnation explicite de la contraception et interprétations plus souples permettant l'espacement des naissances, ce qui révèle un pluralisme normatif caractéristique des milieux urbains ivoiriens.

3.4- Des motivations fondées sur la santé, la stabilité familiale et l'autonomie personnelle

En contraste avec ces contraintes, plusieurs motivations favorisent l'utilisation des méthodes contraceptives. La préservation de la santé maternelle et infantile constitue la première raison évoquée, ce qui rejoint les résultats de F. Bazié et al. (2024, p. 4-8). L'espacement des naissances apparaît également comme une stratégie permettant de réduire les risques associés aux grossesses rapprochées et de maintenir un équilibre familial.

Les motivations liées à l'autonomie personnelle, bien que minoritaires, sont également présentes. Certaines femmes associent la contraception à la possibilité de poursuivre des activités économiques ou d'améliorer leur bien-être. Cette orientation met en lumière une conception plus capacitaire de la planification familiale, même si ces aspirations demeurent parfois contrariées par les attentes conjugales ou familiales.

3.5- Enjeux socio-anthropologiques et implications pour la santé publique

Pour clore cette analyse, l'ensemble des résultats met en évidence une configuration où se superposent connaissances déclaratives, contraintes sociales, expériences corporelles et dynamiques normatives. Les logiques contraceptives observées à Bouaké résultent des significations attribuées à la contraception, des relations de pouvoir, des ressources disponibles et des attentes familiales. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer la qualité du conseil contraceptif, d'intégrer davantage les hommes et les leaders religieux dans les stratégies communautaires et de tenir compte des représentations sociales pour améliorer l'accès et l'appropriation des services de planification familiale.

Conclusion

Dans un contexte ivoirien marqué par une prévalence contraceptive encore modérée malgré les engagements institutionnels en faveur de la santé reproductive, cette étude visait à analyser les facteurs sociaux sous-jacents au recours aux services de planification familiale chez les femmes des quartiers urbains de Broukro, Air-France et Sokoura à Bouaké. En mobilisant une approche mixte séquentielle exploratoire, articulant des données qualitatives issues de focus groups et des données quantitatives recueillies auprès de 300 femmes, la recherche s'est appuyée sur le cadre théorique des représentations sociales et de la théorie du choix rationnel afin de saisir les significations, les normes et les arbitrages qui orientent les pratiques contraceptives.

Les résultats montrent que, bien que la planification familiale soit largement connue, cette connaissance demeure partielle et centrée sur un nombre restreint de méthodes. Les représentations sociales associées à la contraception reposent principalement sur l'espacement des naissances et la préservation de la santé maternelle et infantile. Le recours effectif aux services apparaît toutefois limité par un déficit d'information, la crainte ou l'expérience d'effets secondaires, ainsi que par le poids des normes culturelles, familiales et religieuses valorisant la fécondité élevée. En parallèle, des motivations liées à la santé, à la stabilité familiale et, dans une moindre mesure, à l'autonomie personnelle favorisent l'adoption de certaines méthodes modernes.

L'ensemble de ces résultats met ainsi en évidence la coexistence de logiques à la fois contraignantes et incitatives dans les pratiques contraceptives observées à Bouaké et confirme l'hypothèse générale selon laquelle les facteurs sociaux influencent significativement le recours à la planification familiale, tout en validant les hypothèses spécifiques relatives au rôle du niveau de connaissance, à l'influence des normes familiales et religieuses, ainsi qu'au poids des considérations sanitaires dans les choix contraceptifs des femmes.

Sur le plan scientifique, la recherche contribue à une meilleure compréhension socio-anthropologique des logiques qui orientent les pratiques contraceptives en contexte urbain ivoirien. Elle met en évidence l'articulation entre représentations sociales, normes de genre, expériences corporelles et décisions reproductives, apportant ainsi un éclairage utile pour les analyses en santé reproductive et en sociologie de la famille.

Cette étude présente toutefois certaines limites. Elle porte sur trois quartiers urbains et repose sur des données transversales déclaratives, ce qui ne permet pas de saisir l'évolution des trajectoires contraceptives dans le temps ni d'intégrer de manière systématique le point de vue des hommes et des prestataires de soins. Des recherches complémentaires, notamment dans d'autres contextes urbains et ruraux, ainsi que des études qualitatives approfondies auprès des conjoints et du personnel de santé, seraient utiles pour affiner ces résultats.

Malgré ces limites, les résultats soulignent l'importance de renforcer la qualité du conseil contraceptif, d'améliorer la diffusion de l'information en langues

accessibles et d'impliquer davantage les hommes et les leaders religieux dans les actions communautaires. Une meilleure prise en compte des représentations sociales et des dynamiques familiales apparaît essentielle pour optimiser l'accès et l'appropriation durable des services de planification familiale.

Références bibliographiques

- BADO Aristide Romaric, BADOLO Hermann & ZOMA Lamoussa Robert, 2020, « Use of Modern Contraceptive Methods in Burkina Faso : What are the Obstacles to Male Involvement in Improving Indicators in the Centre-East and Centre-North Regions ? », *Open Access Journal of Contraception*, 11, pp. 147-156.
- BARDIN Laurence, 2013, *L'analyse de contenu*, 2^e édition, Paris, Presses Universitaires de France.
- BASSINGA Hervé, BARRY Ousmane & OUEDRAOGO Sibiri Clément, 2023, « Parcours d'Entrée en Vie Féconde et Recours à la Contraception Moderne chez les Femmes en Union en Afrique de l'Ouest », *European Scientific Journal, ESJ*, 19(18), pp. 262-283.
- BAZIÉ Fiacre, SPEIZER Ilene S., MAYTAN-JONEYDI Amelia, BOUKARY Kindo, TROARÉ Moh Fatimata, AGALI Balki Ibrahim, ONADJA Yentema & Guiella Georges, 2024, « " Everyone has their own problems and realities so the religious community cannot judge someone. " Contraception motivations and perceived consequences among young contraceptive users who practice a religion in Burkina Faso », *Contraception and Reproductive Medicine*, 9, 33, pp. 1-12.
- BERGER Hoël & DASRÉ Aurélien, 2024, « Religious affiliation, education, and fertility in sub-Saharan Africa », *World Development*, 184, 106723, pp. 1-32
- BOUDON Raymond, 1990, *L'art de se persuader. Des idées douteuses, fragiles ou fausses aux raisons de croire*, Paris, Fayard.
- BOUGMA Moussa & ROSSIER Clémentine, 2022, « The role of family networks and social capital on women's fertility intentions in Ouagadougou, Burkina Faso », *Journal of Demographic Economics*, 88(2), pp. 237-255.
- COULIBALY Madikiny et al., 2023, « Use of contraceptive methods in rural areas in Côte d'Ivoire : a cross-sectional study », *Revue de Médecine et de Santé Publique*, 6(1), pp. 67-79.
- COULIBALY Madikiny et al., 2022, « Determinants of contraceptive use in Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Journal of Public Health in Africa*, 13(2), 2204.
- CRESWELL John Ward & PLANO CLARK Vicki L., 2017, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Third Edition (3rd ed.), Thousand Oaks, Sage.
- ESSIS Esme Marie Laure, KOFFI Kouassi Benjamin, MANOUAN N'guetta Mathilde, COULIBALY-KONÉ Soltié Aminata, BAMBA Iba, KPEBO

- Djoukou Olga Denise, KONAN Loukou Leandres, AKA Joseph & PRATA Ndola, 2023, « Contraceptive Experiences of Women of Procreation Age Who Attended Two HealthCenters in the City of Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Health*, 15(1), pp. 1-19.
- GRAWITZ Madeleine, 1986, *Méthodes des sciences sociales*, 7^e édition, Paris, Dalloz.
- HERZLICH Claudine, 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Reprint 2018 edition, Berlin : De Gruyter Mouton.
- JODELET, Denise, 1989, *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- KANDJI Mamadou, TALLA Hawa, NAKOULMA René Jean Firmin, BIJOU Sujata Naik, DIOP Cheikh Ibrahima, AVOCE Josephat, BAMBA Fatoumata, SOW Fatimata, 2024, « Increasing Contraceptive Use Through Free Family Planning Special Days in Poor Urban Areas in Francophone West Africa », *Global Health : Science and Practice*, 12 (Supplement 2) e2200227, pp. S1-S12.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (MSHP-CMU), 2021, *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2025*, Abidjan, MSHP-CMU.
- N'DA Paul, 2002, *Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats*, 2^e édition, Abidjan, Editions Universitaires de Côte d'Ivoire (EDUCI).
- OWOO Nkechi Srodah, 2023, « Patriarchal norms, partner pronatalism, and women's fertility intentions in Ghana », *African Journal of Reproductive Health*, 27(2), pp. 76-86.
- QUIVY Raymond & VAN CAMPENHOUDT Luc, 2011, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4^e édition, Paris, Dunod.
- RAGIN Charles C., 2014, *The Comparative Method : Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*, Edition reprint, revised, University of California Press.
- SIDIBE Aissata Mahamadou, KADETZ Paul I. and HESKETH Therese, 2020, « Factors Impacting Family Planning Use in Mali and Senegal », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4399, pp.1-15.

TESEMA Zemenu Tadesse, TESEMA Getayeneh Antehunegn, BOKE Moges Muluneh and AKALU Temesgen Yihunie, 2022, « Determinants of modern contraceptive utilization among married women in sub-Saharan Africa : multilevel analysis using recent demographic and health survey », *BMC Women's Health*, 22, 181, pp. 1-11.

WEBER Max, 1971, *Économie et société*, Tome 1 : Les catégories de la sociologie, Paris, Plon.