



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

« ESPACES, CULTURES ET DEVELOPPEMENT »

FORMATION DOCTORALE : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE
OPTION : SOCIOLOGIE- ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE

MASTER RECHERCHE

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION



SUJET :

**ADAPTER LES METHODES DE CONTRACEPTION IMPORTEE AUX
HABITUDES DE CONTROLE DE FECONDITE EN MILIEU AJA-FON
DU COUFFO (SUD BENIN)**

Présenté et soutenu par:

Elisabeth Léontine GNAHOUI

Sous la direction :

Adolphe Codjo KPATCHAVI

*Professeur titulaire des universités-CAMES
en Anthropologie de la santé*

Président : Prof. Cyriaque AHODEKON (professeur titulaire/CAMES)

Examineur : Prof. Monique OUSSA-KOUARO (Maitre-Conférences/ CAMES)

Rapporteur : Prof. Adolphe KPATCHAVI (professeur titulaire/ CAMES)

Soutenu le : 11/11/2019

Mention : Très-bien assortie de la note 17/20

Année académique : 2019 – 2020

Avec le soutien de ENABEL Benin 



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE
« ESPACES, CULTURES ET DEVELOPPEMENT »

FORMATION DOCTORALE : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE
OPTION : SOCIOLOGIE- ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE

MASTER RECHERCHE
MEMOIRE DE FIN DE FORMATION



SUJET :

**ADAPTER LES METHODES DE CONTRACEPTION IMPORTEE AUX
HABITUDES DE CONTROLE DE FECONDITE EN MILIEU AJA-FON
DU COUFFO (SUD BENIN)**

Présenté et soutenu par:

Elisabeth Léontine GNAHOUI

Sous la direction :

Adolphe Codjo KPATCHAVI

*Professeur titulaire des universités-CAMES
en Anthropologie de la santé*

Président : Prof. Cyriaque AHODEKON (professeur titulaire/ CAMES)

Examineur : Prof. Monique OUSSA-KOUARO (Maitre-Conférences/ CAMES)

Rapporteur : Prof. Adolphe KPATCHAVI (professeur titulaire/ CAMES)

Soutenu le : 11/11/2019

Mention : Très-bien assortie de la note 17/20

Année académique : 2019 – 2020

Avec le soutien de ENABEL Benin 

A Bertina, ma mère !

Femme d'exception !

Donner ce que l'on n'a pas reçu paraît souvent compliqué mais pour toi maman, ceci est un exercice quotidien. Trouve à travers ces pages, l'expression de ma reconnaissance et de mon engagement à continuer cette course.

A l'entame de ce mémoire, je tiens à remercier :

- les enquêtés (les usagers (ères), les agents de santé, les notables, les hommes et femmes *ajà*, les autorités de la DDS-Couffo, etc.) qui malgré leurs occupations quotidiennes ont accepté répondre à mes questions ;
- professeur Adolphe Codjo KPATCHAVI, mon directeur de recherche qui a cru en moi et en mes capacités intellectuelles en me sélectionnant dans l'équipe qui amené la recherche dont une partie des résultats a fait l'objet du présent mémoire ; et pour avoir su me donner de bonnes directives et de généreux conseils, en conciliant rigueur scientifique et patience ;
- professeur Roch Apollinaire HOUNGNIHIN pour m'avoir transmis le goût de la recherche et la rigueur scientifique ;
- Eric Ayédjo AKPI, Cory Gbèdodé SINSIN, mes coéquipiers, pour leur appui au cours de la collecte des données ;
- Odile KOUGLENOU, André AÏNA, mes aînés au Lasma, pour leur soutien et leurs conseils de tous ordres ;
- mes camarades d'amphi de la première promotion du master recherche : sociologie anthropologie de la santé, pour l'amour et la joie qui caractérisent notre promotion ;
- nos enseignants, qui nous ont transmis le savoir en toute simplicité, avec amour et passion ;
- Bertina et Valère GNAHOUI, mes parents pour leur soutien au quotidien ;
- Comlan Sylvestre, Zomantchi Sylvie, Baï Rita et Sica Hortense GNAHOUI, mes aînés et leurs conjoints pour leur inestimable soutien ;
- toutes les personnes, proches ou éloignées, qui ont éprouvé de l'enthousiasme pour mon sujet et m'ont réconforté dans ce projet de recherche, merci pour votre soutien tout au long de ce travail ;
- enfin à toutes ces personnes qui, par leurs actes et conseils divers, ont su m'inspirer et m'inciter à concrétiser mes rêves.

MERCI !!!

SOMMAIRE

Introduction	09
Première partie : Cadre théorique et approche méthodologique de la recherche.....	12
Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche.....	13
Chapitre 2: Approche méthodologique de la recherche.....	34
Deuxième partie : D'une stratégie de soins à un choix féministe.....	57
Chapitre 3 : D'une responsabilité masculine à un choix féministe	58
Chapitre 4 : Une contraception de tous les dangers, une réappropriation du discours officiel basé sur le vécu des autres	79
Conclusion.....	106
Références bibliographiques	109
Annexe.....	114

SIGLES ET ACRONYMES

ABPF	Association béninoise pour la promotion de la famille
ADD	Aplahoué-Dogbo-Djacotomey
COGEA	Comité de Gestion des Centres de Santé d'Arrondissement
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
CSA	Centre de santé d'arrondissement
DDS	Direction départementale de la santé
Enabel-Bénin	Agence Belge de développement au Bénin
FADeC	Fonds d'Appui au Développement des Communes
FCFA	Franc de la communauté financière africaine
FOSA	Formation sanitaire
INSAE	Institut national de statistique et de l'analyse économique
KTL	Klouékanmey-Toviklin-Lalo
LASDEL	Laboratoire d'analyse des dynamiques socio-anthropologiques et d'expertise pour le développement
LASMA	Laboratoire de sociologie anthropologie médicale appliquée
MS	Ministère de la santé
ODD	Objectif du développement durable
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PF	Planification familiale
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PUSS	Plateforme des Usagers de Services de Santé
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
UAC	Université d'Abomey-Calavi
ZS	Zone sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Récapitulatif des catégories d'acteurs, leurs effectifs et les techniques	53
Tableau II : Prévalence des méthodes contraceptives médicales dans le département du Couffo en 2017	76
Tableau III : Grille d'observation de l'organisation des services de santé dans les fosa visitées	117
Tableau IV : Grille d'observation dans les villages et quartiers de ville / ménages	118

LISTE DES FIGURES

Figure n°01 : Schéma du cadre conceptuel de la recherche	21
Figure n°02 : Carte du département du Couffo montrant les villages et quartiers de ville visités	37
Figure n°03 : Dessin indicatif du Centre de santé de Betoumey	38
Figure n°04 : Dessin indicatif du Centre de santé de Adjintimey et des UVS	40
Figure n°05 : Dessin indicatif du Centre de santé de Totchangni	42
Figure n°06 : Carte sanitaire de Avédjin	44
Figure n°07 : Dessin indicatif du Centre de santé de Gnizoumey	45
Figure n°08 : Dessin indicatif du Centre de santé de Tchi-Ahomadégbé	47

LISTE DES PHOTOS

Planche de photos n°01 : des formes de pillules contraceptives	65
Planche de photos n°02 : des ampoules de produits contraceptifs	65
Planche de photos n°03 : diverses formes d'implants	66
Planche de photos n°04 : la devanture de quelques fosa visitées	71

RESUME

La présente recherche s'inscrit dans une démarche compréhensive des constructions sociales de la prise de décision des acteurs en cas d'adoption d'une méthode de contraception importée dans l'aire culturelle ajà-fon au sud-est du Bénin. Financé par ENABEL Bénin, elle vise à comprendre les facteurs liés à l'offre et à la demande de soins qui fondent les réticences observées en cas d'adoption d'une méthode de contraception importée. A partir d'une démarche admise dans les sciences sociales, conciliant les connaissances théoriques et les données empiriques recueillies sur le terrain, l'ethnologie de ces constructions sociales a été réalisée en vue d'en faire une analyse anthropologique pour une meilleure compréhension.

Au moyen d'entretien semi-structuré individuel et de focus group, les données empiriques ont été recueillies auprès de quarante-quatre (44) acteurs ; des observations sont faites aussi bien dans les centres de santé que dans les ménages pendant la période d'immersion. Les données sont traitées suivant la méthode de triangulation et de recoupement. Les résultats montrent que les acteurs reconnaissent l'utilité des méthodes de contraception, mais affichent leur attachement aux méthodes dites naturelles. Ils reprochent à celles importées de ravir le pouvoir de décision de la main des hommes pour la confier désormais aux femmes, qui sont culturellement soumises aux hommes. Ils reprochent également les approches exclusives des séances de sensibilisation. La gestion des effets secondaires de cette forme de contraception obligeant les couples à effectuer des dépenses supplémentaires constitue aussi une des raisons qui fonde la réticence observée. Agir sur ces différents facteurs permettrait d'améliorer en milieu ajà-fon du Couffo, l'utilisation optimale des méthodes modernes de contraception familiale.

Mots clés : Contraception importée, construits sociaux, prise de décision, Couffo.

ABSTRACT

This research is part of a comprehensive approach to the social constructs of decision-making by the stakeholders in the case of adoption of a method of medical contraception in the ajà-fon cultural area in south-east Benin. This study has been funded by ENABEL Benin, it aims to understand the factors related to the supply and demand of care that underlie the reluctance observed when adopting a method of medical contraception. Based on an approach accepted in the social sciences, reconciling theoretical knowledge and empirical data collected in the field, the ethnology of these social constructions was carried out with a view to making an anthropological analysis for a better understanding.

Through individual semi-structured interview and focus group, empirical data were collected from forty-four (44) stakeholders; observations are made both in the health centers and in the households during the immersion period. The data has been processed using the triangulation and cross-checking method. The results show that the stakeholders recognize the usefulness of contraceptive methods, but show their attachment to so-called natural methods. They pointed out that the medical has robbed the decision-making power from men's hands to entrust it to women, who are culturally subject to men. They also criticize the exclusive approaches to awareness sessions. The management of side effects of this form of contraception requiring couples to require additional expenses is also one of the reasons for the reluctance observed. To act on these different factors would make it possible to improve the optimal use of modern methods of family plan in Couffoarea.

Key words: Medical contraception, social constructs, health, take up decision, Couffo.

INTRODUCTION

Le développement constitue pour tous, un idéal à atteindre ; tel une boussole, il guide les actions de tous les Etats du monde. Mais cet idéal ne saurait être atteint avec des citoyens jouissant d'un mauvais état de santé. Vu l'importance de la santé dans le développement d'une nation, il paraît judicieux de s'y intéresser et surtout connaître tous ses contours. La santé est par définition « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

Ainsi, la santé ne se résume pas au fonctionnement harmonieux des organes du corps humain¹ mais tous les compartiments de la vie humaine constituent des déterminants de la santé. Ces déterminants sont suivant l'OMS (2010), les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

La gestion de la fécondité, de ce fait, constitue un déterminant de la santé ; elle influence grandement les facteurs tels que le revenu, le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique (Agence de la santé publique du Canada, 2007). Cette notion de la gestion de la fécondité fait appel à celles de la grossesse, de l'accouchement, de l'avortement, de l'infanticide, de la stérilité, etc. Elle reflète alors au sein d'une société donnée, l'ensemble des normes, des valeurs et des principes qui structurent la vie sociale (Browner et Sargent, 1996). Divers moyens sont utilisés dans la gestion de la fécondité, les pratiques varient d'un milieu à un autre. La contraception constitue une des pratiques utilisées dans cette gestion.

La contraception est l'ensemble des moyens/ méthodes utilisés par un couple pour empêcher la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel. L'OMS (2006), la définit comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de concevoir ou l'éviter ». Son utilisation au sein d'un couple s'inscrit alors dans une logique de contrôle de la fécondité, planification des naissances. Elle peut être d'ordre hormonal (agit directement sur le cycle menstruel ou ovulatoire de la femme) ou mécaniques (constitue une barrière entre les cellules reproductrices des partenaires, la rencontre des spermatozoïdes et des ovules.).

¹ Cette définition de la santé a été proposée par Leriche en 1936, il est un médecin du XX^e, sa définition de la santé est essentiellement centrée sur sa profession. Il considère le corps humain comme un orchestre ; pour lui, lorsque tous les organes jouent bien leur rôle, la musique est bonne alors la santé y est.

Etymologiquement, la contraception médicale est une pratique des pays du nord ; son adoption en général nécessite l'assistance d'agent de santé qualifié. Au rang des méthodes contraceptives médicales, on distingue globalement le stérilet, les implants, les pilules, les solutions injectables et le préservatif (PSI, 2017) ; hormis le préservatif, toutes les autres méthodes qu'offre la contraception médicale nécessite l'aide d'un agent de santé qualifié. Son introduction dans l'offre de soins de ces pays a engendré une forme de transition démographique, qui consiste en une baisse drastique de la mortalité conjointe à une baisse de la fécondité (Jobin, 2008). Ainsi, par la contraception, ces pays ont consenti à réduire les taux de mortalité maternel et infantile mais surtout celui de la natalité. La contraception médicale de ce fait, participe dans une certaine mesure à la canalisation du flux démographique.

Quant aux pays du sud, ils disposent d'autres méthodes de contraception, dites naturelles². La rencontre avec la contraception médicale et son introduction dans les offres de soins du continent, paraissent assez récente ; divers évènements mondiaux (conférence du Caire, 1994 et celle de Beijing, 1995) ont œuvré pour cette introduction. La diffusion des méthodes de cette nouvelle forme de contraception dans une Afrique longtemps calquée pronataliste (Gautier, 2002) est soutenue par divers institutions, organisations et bailleurs de fonds internationaux. Ils ont tôt fait d'insérer ces méthodes dans les services de la maternité, sous l'appellation planification familiale ou planning familial. Mais la question qu'il convient de se poser face à cette introduction est comment les populations réagissent face aux méthodes de contraception médicale, tout en préservant leur africanité, les représentations liées à la femme mariée, au mariage, à la fécondité, à la grossesse et à l'enfant. « Car la fécondité y est fort recherchée ; elle est une valeur profondément ancrée dans la mentalité des individus en fonction de la représentation que symbolise l'enfant au sein du groupe familial. La solidité du foyer et le bonheur conjugal en dépendent largement » (Azalou-Tingbé, 2015).

La fécondité reste un élément essentiel dans la stabilité des couples/foyers par ricochet des familles du Bénin, cellules de base de toute société, principalement en milieu Adja-fon où cette recherche a été faite. Toucher donc à la fécondité dans ce milieu est synonyme de toucher à la cohésion des familles. Or, la famille est la pièce maîtresse du dispositif de moralisation et de gouvernement des sociétés. Elle permet de fixer les individus en réglant les rapports sociaux et familiaux (Bérot, 1998). D'où l'importance de la délicatesse qui doit caractériser la gestion de la fécondité.

² Ces méthodes ne nécessitent pas l'intervention d'une personne extérieure au couple dans la plupart des cas. Mais il faut souligner qu'en cas de produits issus de la médecine locale, il faut recourir aux services d'un tradipraticien

Le présent mémoire intitulé « *Adapter les méthodes de contraception importée aux habitudes de contrôle de fécondité en milieu ajà-fon du Couffo (sud-est Bénin)* » expose quelques résultats obtenus dans le cadre d'une recherche financée par l'agence belge de développement au Bénin (Enabel) sur les causes du faible niveau des indicateurs de santé dans le département du Couffo. En effet, Enabel constitue l'un des principaux partenaires techniques et financiers des formations sanitaires dudit département. De ce fait, elle a initié divers projets à l'endroit de l'offre et de la demande de soins en vue d'améliorer les indicateurs de santé. En dépit de tous ces projets, les indicateurs sont toujours faibles. Ce constat justifie cette recherche menée par le laboratoire de socio-anthropologie médicale (Lasma). L'écart entre les cibles attendues et le nombre de femmes venues aux centres de santé pour adopter une méthode de contraception importée constituent un des facteurs explicatifs du faible niveau des indicateurs de santé dans le département du Couffo

Ainsi, cette recherche aide à comprendre, la manière dont la contraception importée, et les soubassements idéologiques qui la fonde dans les discours officiels - sont réappropriés par les différents acteurs, promoteurs, utilisateurs et résistants, qui leur donnent un contenu de sens variable et en font une utilisation différente, en fonction de leur statut et de leur position dans l'aire culturelle *ajà*.

En d'autres termes, elle s'attèle à répondre aux questions, comment les acteurs impliqués dans l'adoption des méthodes de contraception importée comprennent les discours officiels en vue de les rendre accessibles aux populations concernées ? Et si cette étape est franchie comment explique-t-on les difficultés rencontrées au quotidien par les acteurs dans l'adoption des méthodes de contraception médicale ; bien que ceci soit une disposition prise au sommet pour faciliter la vie des usagers ? Comment se négocie la relation de soins entre les deux parties (offre et demande de soins) pour qu'une méthode soit adoptée ? Comment les expériences vécues structurent la décision des usagers et leurs parents en dépit des normes établies ? Telles sont les interrogations qui construisent la problématique du présent travail.

Le présent mémoire est structuré en deux parties. La première présente le cadre théorique et méthodologique de la recherche. La seconde décrit et analyse les perceptions, les logiques et les pratiques des acteurs qui interagissent en milieu *ajà-fon*.



Première partie :
**CADRE THEORIQUE ET APPROCHE
METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE**

Afin d'assurer une rigueur méthodologique dans l'analyse, l'anthropologie de la santé se doit encore d'éviter les dérives narratives et l'intellectualisme. Les réseaux de significations et les récits d'épisodes de détresse qui les mettent en scène ne peuvent être ramenés à de simples textes passifs par lesquels le malade, réel ou en devenir, décrit sa souffrance dans sa globalité, textes qu'il suffirait à l'anthropologue de décoder (MASSE, 2010).

Chapitre I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Le baobab n'est pas le même arbre raconté par la souris qui trotte devant ses racines, par l'éléphant qui vient en brouter les feuilles et par l'aigle qui le survole en quête de sa proie. Proverbe ajà-fon

Ce premier chapitre donne un aperçu du problème posé ; il fait un bref exposé des débats actuels sur les méthodes de contraception importée ainsi que les résultats de certaines recherches réalisées au Bénin et ailleurs ; un accent particulier est mis sur les travaux en anthropologie ou en sociologie. Ces divers travaux ont permis de construire la problématique de la recherche et les autres sections du présent chapitre.

1.1- UTILITE D'UNE RECHERCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

La présente recherche s'inscrit dans le cadre général de l'anthropologie des mondes contemporains décrit par Augé (1994). Elle traite d'un sujet d'actualité qui se situe dans le champ spécifique de l'anthropologie de la fécondité (Pourchez, 2016), un embranchement de l'anthropologie médicale³ (Kleinman (1988), Benoist (1993), Fainzang (2001)). Mais, elle fait aussi des emprunts dans les champs de l'anthropologie du genre (Tabet (1998), Bourdieu (1998), Héritier (1996, 2002) et celle de développement. La volonté manifeste de prendre en compte toutes les dynamiques et constructions sociales existantes autour de la contraception, qui visiblement dépassent les frontières des champs disciplinaires, justifie cette triple approche.

Plusieurs chercheurs, dont ceux cités ci-dessus ont, à travers leurs travaux, montré l'aspect pluridimensionnel des sujets, qui étaient initialement considérés comme des problèmes de santé publique ou simplement expliqués d'un point de vue biomédical normatif. Ils ont eu à transformer des objets de recherche, considéré jadis typiquement biologique, en des objets de recherche anthropologique. Ainsi, la gestion de la fécondité, spécifiquement la contraception, un sujet qui relève du domaine biomédical peut constituer un objet de recherche anthropologique.

D'aucuns se demanderaient à ce propos, ce que l'anthropologie apporte de concret à la gestion de la fécondité en milieu *ajà* ou plus précisément ce qu'un anthropologue peut faire pour la hausse des indicateurs dans le domaine de la contraception médicale (planning familial). Certes, l'anthropologue ne se substitue pas à l'agent de santé encore moins forcer la main aux

³ Anthropologie médicale est l'expression utilisée par Kleinman ; durant cette recherche les appellations anthropologie médicale et anthropologie de la santé s'équivalent.

acteurs, *ajànù*, (hommes et femmes) mais par les résultats de ces travaux, il fournit des éléments de réponses pour une meilleure compréhension des constructions sociaux autour de la fécondité et sa gestion par ricochet, la contraception médicale afin que de nouvelles pistes de réflexions s'ouvrent en vue d'une meilleure intégration de ces méthodes de contraception médicale dans le quotidien des *ajà* ; une intégration respectueuse des codes, normes et valeurs de la société *ajà*. A titre illustratif, ces quelques exemples de recherches effectuées à diverses parties du globe sont cités.

En travaillant sur les problèmes associés à l'alcoolisme (Fainsang, 1996) ou sur la pluralité médicale et des itinéraires thérapeutiques en usage dans les sociétés créoles (Benoist, 1993) ; les maladies telles que le cancer (Sarradon-Eck, 2004 ; Joel et Rubio, 2015) ou le paludisme (Bonnet, 1986) ; etc. ces chercheurs de divers horizons mettent ainsi en évidence l'importance des représentations locales associées au corps, à la santé, à la maladie et au malheur. Et, par les résultats qui découlent de ces recherches, l'on a une meilleure compréhension de plusieurs situations générées par celles-ci, longtemps restées inexplicables ou faisaient l'objet de préjugés, de jugements arbitraires.

Ainsi en menant des recherches sur le cancer, pour illustrer, Sarradon-Eck (2004) ne vient pas se substituer au médecin ou autres spécialistes des sciences biomédicales mais elle vient lever un coin de voile sur des réalités du cancer qui échappent à la biomédecine. Plus précisément, Sarradon-Eck (2004) a étudié les représentations culturelles ainsi que les explications collectives et profanes du cancer dans la société occidentale qui structurent les discours et les conduites des malades. En expliquant ainsi, à la suite de ces travaux les constructions sociales, étiologie du cancer du point de vue profane, classification du cancer comme le résultat d'un mode vie irrespectueux des normes ou une maladie de la malchance, etc. et le vécu du cancer par le malade (ses interrogations, ses regrets, etc.) Sarradon-Eck (2004) apporte des éléments de réponses à des interrogations et participe ainsi à la lutte contre le cancer et le mieux-être des malades.

Aussi Baxerres (2010), en travaillant sur le médicament pharmaceutique, ne s'intéresse pas aux molécules mais elle fonde sa recherche sur le rapport que la société béninoise entretient avec ce dernier. Ce rapport est décrit à travers le concept de *socialisation du médicament*. A la fin de ces travaux, elle fournit des éléments de réponse sur la banalisation du médicament dans la société béninoise. Pour elle, cette banalisation du médicament trouve son essence dans le caractère marchand de ce dernier. La consommation du médicament en temps normal ne saurait être aussi banale que celle d'un paquet de biscuit ou de bonbon comme le constate Baxerres (2010). Cette situation qui a pour corollaire la pratique très ancrée de

l'automédication chez les Béninois s'explique par la facilité d'achat du médicament comme le biscuit ou le bonbon ; déjà qu'ils se vendent souvent aux mêmes endroits. La vente du médicament alors, selon Baxerres (2010), n'est pas le seul apanage de la pharmacie en république du Bénin. D'ailleurs, elle ne desserve qu'une infime partie de la population comparativement à *Adjégoulè*, au marché Dantokpa le plus grand marché du Bénin. Ainsi, au travers de cette recherche, l'on a des éléments de réponse pour mieux cerner les raisons de l'ancrage de la pratique de l'automédication dans les habitudes de soins des Béninois et parallèlement, quelques raisons de la mévente constatée dans les pharmacies et la faible fréquentation des formations sanitaires au Bénin le comportement du Béninois de ne consulter qu'en cas d'aggravation du mal.

Une dernière illustration pour clore cette parenthèse sur l'utilité ou les apports d'une recherche anthropologique, est un ouvrage scientifique intitulé *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'ouest*. Il présente les résultats de recherche menée par deux laboratoires, l'un basé en France, Shadyc et l'autre au Niger, Lasdel⁴, sous la direction de Yannick Jaffré et de Olivier de Sardan dans cinq villes, Abidjan- Bamako- Conakry- Dakar- Niamey. Cet ouvrage par une approche socio-anthropologique décrit, à travers l'observation des interactions entre soignants et soignés, et les discours que soignants et soignés tiennent sur ces interactions, les principaux dysfonctionnements du système de santé, tels qu'ils se manifestent en quelque sorte « à la base », là où les populations, en particulier les plus démunis, entrent en contact avec les formations sanitaires publiques. (Jaffré et Sardan, 2003).

Il décrit avec précision, preuves à l'appui ces « dysfonctionnements » et ces « difficiles relations » après des enquêtes systématiques et répétitives dans les formations, à base d'observations en situation ethnographique, c'est-à-dire descriptive. Cet ouvrage peut être considéré comme un chef-d'œuvre socio-anthropologique puisqu'il réussit pour la première fois en Afrique de l'ouest, à analyser un problème qualitatif à l'échelle de sa fréquence quantitative ; une alchimie que la santé publique attendait depuis quelques temps de l'anthropologie. Cet ouvrage est divisé en quatre parties ; en le parcourant, on note plusieurs similarités entre des fosa d'autres systèmes de santé, certes, de pays voisins décrits, il y a plus d'une décennie et celles du système actuel de santé au Bénin.

Ainsi, il fournit des informations précises, semblables à celles reçues dans les fosa visitées, susceptibles d'apporter des éléments de réponses aux faibles taux de fréquentation constatés

⁴Laboratoire d'analyse des Dynamiques socio-anthropologiques et d'expertise pour le développement

dans les fosa du Couffo, objet de la recherche dont s'inspire ce mémoire, et par ricochet, celui de la planification familiale, adoption des méthodes de contraception médicale.

Pour conclure cette section du mémoire, à la lumière de ces quelques exemples sus-cités, la recherche socio-anthropologique est comparable à une paire de lunettes qu'il faut chausser pour mieux voir des réalités, même si elles nous paraissent parfois assez familières ; en gardant à l'esprit que ce qui nous est familier n'est pas pour autant connu. Au travers de ces résultats, elle donne aux acteurs d'autres domaines tels que la santé publique, la biomédecine, l'économie, etc., une plus large marge de manœuvre afin de répondre efficacement aux problèmes posés. L'approche socio-anthropologique se révèle donc indispensable pour la monographie détaillée des contextes et des groupes stratégiques, et l'identification des leviers pouvant favoriser la mise en œuvre des programmes de développement. En somme, la socio-anthropologie apporte un éclairage sur les réalités socioculturelles et les pratiques, des relations soignants-soignés pour une meilleure utilisation des services de santé. Celui que pose la contraception médicale dans le département du Couffo est brièvement décrit dans la section suivante.

1.2- PROBLEMATIQUE

Cette portion du cadre théorique spécifie le problème social que pose la contraception importée ainsi que ces inadéquations constitutives du point de vue socio-anthropologique et met en évidence, l'intérêt scientifique qui justifie cette recherche. Enfin, elle expose les hypothèses et les objectifs que cette recherche vise à atteindre.

1.2.1- ENONCE DU PROBLEME

La notion de la fécondité fait appel à celles de la fertilité, de la productivité, de l'abondance, etc. ; dans le cadre spécifique de la famille, elle renvoie souvent à la procréation. Les enfants sont des dons divins⁵; ils constituent le cadeau de Dieu ou des dieux⁶ à l'endroit du couple ou

⁵Au travers de la bible, on remarque combien, les enfants sont importants dans le programme de Dieu. En créant le premier couple, il les bénit et leur donne la recommandation d'être féconds, se multiplier et de remplir la surface de la terre. Plusieurs passages dans la bible attestent de ce attachement, on peut citer en outre, Genèse 4v1 ; Psaume 139 ; 1 corinthiens 13v11 ; Luc 2v52 ; Psaume 113v9 ; Exode 23v26 ; Proverbe 22 ; Psaume 117 ; Ruth 4v15 ; etc.

⁶ Les chrétiens_ catholiques, protestants, évangéliques_ et les musulmans font référence à leur Dieu au singulier ; certes, les musulmans préfèrent la terminologie Allah à Dieu. Les adeptes des cultes endogènes quant à eux font référence à des dieux, des entités supérieures qui se manifestent sous diverses formes et diverses appellations, le dieu sakpata, le dieu dan, etc.

de la jeune mariée dans le cas d'un foyer polygamique. Tingbé-Azalou⁷ (2015), à ce propos souligne que le but fondamental du mariage réside dans la procréation ; la femme mariée en Afrique et particulièrement au Bénin acquiert sa légitimité, construit son foyer par sa capacité à procréer. A ce niveau, il paraît légitime de se demander, pourquoi recadrer la fécondité si elle n'est que la manifestation d'une bénédiction divine ; quel est l'intérêt de la contraception ?

Avant de répondre à cette interrogation, attelons-nous à comprendre le rôle de la fécondité, de l'enfant au sein du couple, de la famille. L'enfant occupe une place de choix dans la vie du couple par ricochet celle de la famille. Plusieurs chercheurs tel que Dasen, (1978) ; Luneau, (1981) ; Eschlimann, (1982) ; Azalou-Tingbé, (2015) y ont consacré leur recherche. Il y résulte des résultats de ces recherches que l'arrivée de l'enfant consolide les liens entre les membres de la famille et garantit la place de la femme dans le foyer.

« [...] la femme trouve d'ordinaire son équilibre non pas dans une relation conjugale élective où le mari tient la première place ; mais dans une maternité appelée de tous ses vœux, que la venue d'un enfant vient exaucer. Pas de femme heureuse qui ne soit mère et ne rêve de l'être à nouveau. » (Luneau, 1981 : 88)

L'arrivée de l'enfant au-delà de l'acte biologique, transmettre la vie, vient titulariser la femme sous le toit de son homme et prouver sa féminité au monde, quel que soit son niveau social. Les fruits des entrailles constituent une attestation de féminité de la femme.

« [...] comme autrefois, la fierté de la femme n'est pas tellement de pouvoir décliner une généalogie émaillée d'ancêtres illustres, mais de pouvoir annoncer le nombre élevé d'enfants qu'elle a mis au monde. » (Eschlimann, 1982 : 13)

Alors, le poids social qu'a la femme, qu'elle se donne d'ailleurs au milieu de ces congénères réside non seulement dans sa capacité à procréer mais surtout dans le nombre de fois où celle-ci en a été capable. Le nombre élevé d'enfants est perçu alors comme une richesse de la femme, mais aussi de l'homme qui y voit la perpétuation de sa lignée. Cette richesse est surtout quantifiée par l'aide considérable qu'apporte le nombre élevé d'enfants à leurs parents ; la base économique du groupe *ajà-fon* étant l'agriculture, les travaux champêtres fondent l'existence matérielle de l'individu. (Tingbé-Azalou, 2015 :49-50). Pour cela, diverses stratégies sont mises en place pour accroître le nombre d'enfants, celle qui vient en tête est la polygamie. C'est alors à raison que cette partie du monde figure dans les régions où

⁷Tingbé-Azalou est un enseignant, professeur titulaire de sociologie et anthropologie à l'université d'Abomey-Calavi. Il a publié une partie de sa thèse en 2015 sous le titre, *Le nom individuel chez les Aja-Fon. Une sociologie de l'anthroponymie*. Il y fait une part belle pour la place de l'enfant dans le foyer.

la fécondité est maximale (Rollet, 2006) mais aussi, elle enregistre les forts taux de mortalité infantile et maternelle, 20 à 70 fois plus élevée que dans les pays industrialisés (OMS, 2010). Cependant, il faut souligner qu'en dépit du caractère pronataliste de cette région, les populations disposent des méthodes de contraceptions. Bien sûr, en considérant, la contraception comme un ensemble de procédés utilisés par l'homme ou la femme ou les deux en même temps afin éviter les grossesses surprises. Ainsi, pour répondre à la question posée à l'entame, les populations recadrent naturellement les naissances. Planifier l'arrivée des enfants alors n'est pas un fait nouveau dans l'aire culturelle *ajà* du Couffo.

Les *ajànù* ont des méthodes propres à elles pour rester maîtres de leur fécondité. L'homme, chef de famille sait quand approcher sa ou ses femmes pour garantir la stabilité de son foyer et du coup protéger ses intérêts. Il dispose de méthodes relevant de la contraception dite *naturelle* pour rester maître absolu de la fécondité dans son ménage. Mais les méthodes de la contraception importée lui garantissent-elles la conservation de ce pouvoir de décision ?

Comparativement aux pays anglophones de l'Afrique, ceux francophones ont connu un retard dans la démarche de la contraception importée. Ce retard se justifie par un héritage des colons, loi française⁸ de 1920. En effet, plusieurs parmi ces pays avaient fait le choix d'une politique pronataliste jusqu'à la crise économique des années 1980, laquelle initia une intégration gouvernementale de la « problématique population développement » et une intransigeance en la matière de la part des bailleurs de fonds⁹(Gautier, 2002). Actuellement, en Afrique, tous les pays ont adopté une politique encourageant la planification des naissances, mais les situations y restent très diverses d'un pays à l'autre (Fassassi, 2006). Ainsi, ce retard déteint sur la perception des acteurs, ils voient en cette forme récente contraception, des méthodes étrangères à leurs cultures. Puisqu'elle propose une gamme de produits relevant de la biomédecine : comprimés, injectables, etc. ; tout à l'opposé des produits employés dans la contraception naturelle fait à base d'élément animal ou végétal ou basés sur les croyances. Mais le problème ne se pose pas encore puisque les populations semblent de plus en plus s'habituer aux pratiques de la biomédecine.

Ce qui constitue le problème est que ces méthodes de la contraception importée sont globalement féminines excepté le préservatif masculin. Ainsi, l'adoption de ces méthodes de

⁸Loi « destinée à lutter contre la dénatalité en France aux lendemains de la première guerre mondiale » (Fassassi, 2006 : 9)

⁹« Pour beaucoup de bailleurs de fonds, en particulier la Banque mondiale, les agences de coopération des Etats-Unis et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la croissance de la population africaine, l'une des plus forte du monde, est un obstacle au développement de l'Afrique. Pour pouvoir continuer à recevoir l'assistance financière de ces bailleurs de fonds, tous les pays africains ont adopté un programme de population, dans lequel la planification familiale est le programme le plus important » (Bop et Sow, 2004 : 171).

contraception ne nécessite pas la présence du mari. Certes, son accord est sollicité avant de mettre la femme sous contraception mais ceci n'est pas obligatoire. D'ailleurs, les fiches de renseignement sont conçues d'une manière qui informe sur le consentement ou non du mari. En se livrant à un petit exercice de fouille, force est de constater la primeur des fiches portant la mention « *mari non informé* » ou « *mari non consentent* ». A la lecture de ces fiches, on comprend que les quelques femmes qui optent pour une méthode de contraception médicale le font souvent à l'insu de leur mari, autrefois maître absolu de la gestion de la fécondité de leur ménage. Mais qu'est-ce qui explique cet état de chose, pourquoi, les hommes hier maîtres absolus de la gestion de la fécondité de leur ménage se retrouvent dans un rôle secondaire aujourd'hui à l'avènement des méthodes de contraception médicale ?

En effet, les méthodes de contraception importée sont présentées comme une solution aux couples pour espacer ou limiter les naissances suivant les discours officiels (ABPH, 2018 ; OMS, 2011). Ainsi, à l'origine, elles sont destinées exclusivement pour les femmes, certes, elles confortent un peu plus leur droit de disposer de leur corps (Gautier, 2002) mais ces méthodes ne les rendent pas maîtresses de leur fécondité. Suivant le schéma normatif de ces méthodes, les partenaires, homme et femme sont des co-gestionnaires de la fécondité dans le ménage.

Certes, la suprématie de l'homme, maître absolu de la gestion de la fécondité dans le ménage est remise en question dans ce discours sur les méthodes de contraception importée mais il n'est pas exclu du processus d'adoption. Il a le droit d'être informé au même titre que la femme et de décider en accord avec cette dernière de quelle méthode choisir. Mais le constat en milieu *ajà* est que les hommes pour diverses raisons ne sont pas impliqués dans le processus. Il se pose alors un problème d'inadéquation entre les normes organisant le système de contraception importée et les pratiques des acteurs à la base ; ces pratiques qui puisent leur légitimité dans la réalité sociale des acteurs ciblés.

D'autre part, le vécu des effets secondaires par certaines femmes ayant opté pour une méthode de contraception importée nourrit la réticence des autres. En effet, l'adoption d'une méthode de contraception importée est souvent accompagnée d'un cocktail d'effets secondaires. Dans la gestion de ces effets secondaires, les ménages font des dépenses supplémentaires or les discours officiels mentionnent que l'adoption des méthodes de contraception importée est gratuite. Oui, l'adoption des méthodes est gratuite mais la prise en charge des effets secondaires ne l'est pas. Alors, il est important de s'interroger sur la portée de la gratuité des méthodes de la contraception médicale.

En somme, le faible taux des indicateurs de santé en matière de contraception importée constaté dans le département du Couffo se justifie par des facteurs socioculturels, économiques, structurels, etc. tant liés à la demande qu'à l'offre de soins. La réflexion menée dans le présent document tente de comprendre comment expliquer la non intégration des méthodes de contraception importée dans les habitudes de contrôle de fécondité des *ajànù* du Couffo en dépit des efforts de sensibilisation et autres moyens de vulgarisation mises en œuvre par les acteurs de l'offre de soins.

La réflexion menée dans le présent document tente de comprendre comment les constructions sociales autour des méthodes de contraception importée structurent le choix des acteurs en milieu *ajà*. En prenant en compte les réalités ci-dessus mentionnées, le cadre conceptuel a été construit. Il se présente comme suit.

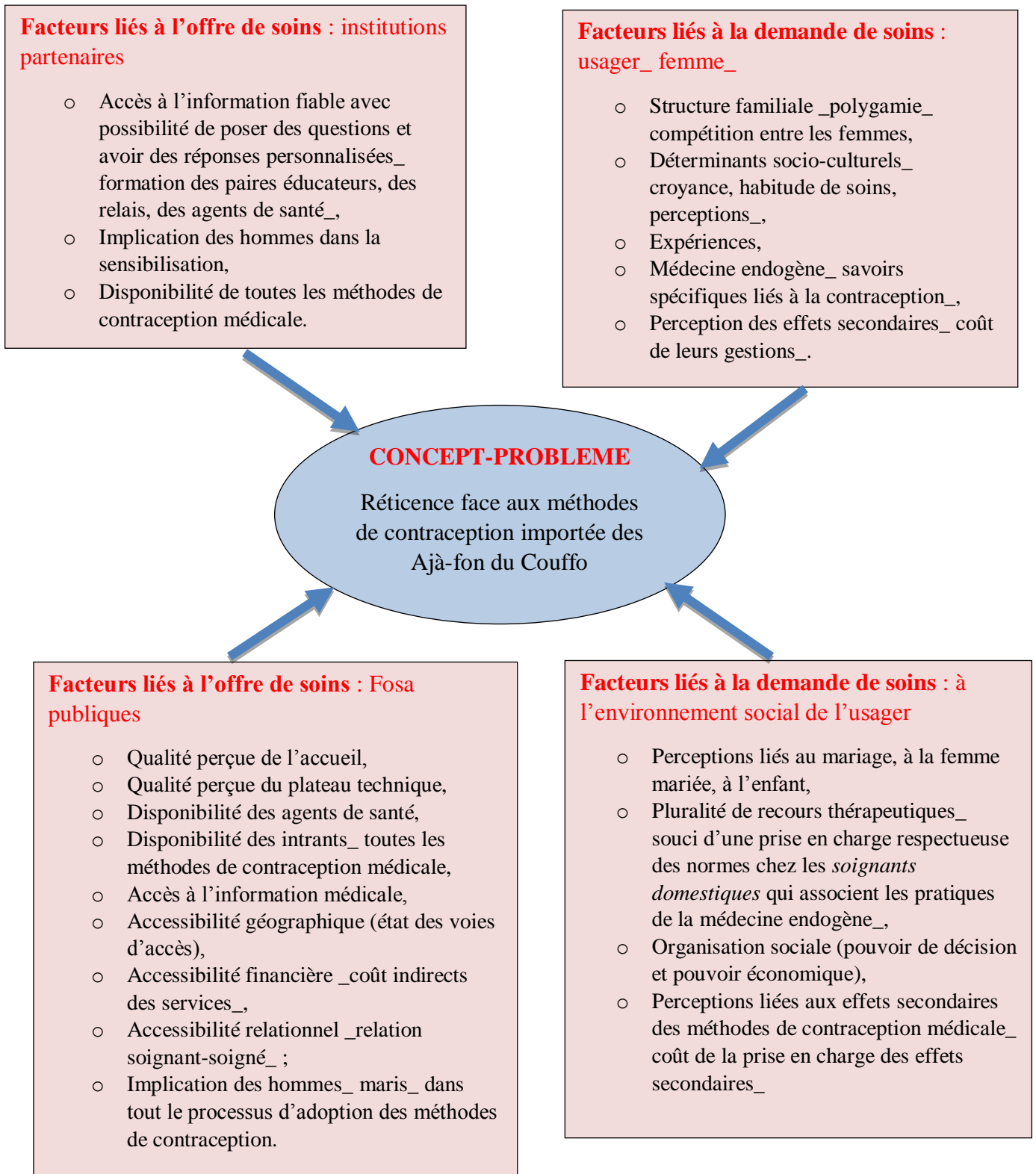
1.2.2- CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel est une caricature, une schématisation du problème que pose le sujet de recherche et les diverses implications possibles. Le présent cadre conceptuel a une variable dépendante et quatre (04) variables indépendantes.

- **Variable indépendante** : le concept-problème que le présent mémoire s'évertue à comprendre et à expliquer est la réticence face aux méthodes de contraception importée des *ajà-fon* du Couffo ; il constitue la variable indépendante de la présente recherche. En se basant sur les statistiques recueillies dans les fosa publiques et les discours des acteurs, on comprend que la réticence observée s'explique par quelques facteurs liés à l'offre et à la demande de soins.
- **Variables dépendantes** : de ces variables résultent la réticence des acteurs face aux méthodes de contraception médicale. Ces variables (facteurs) sont classées suivant leurs sources, liés à l'offre ou à la demande de soins. Ils sont répartis en quatre catégories essentielles : les facteurs liés aux institutions partenaires, aux fosa, aux femmes (usager) et à l'environnement social de l'usager.
 - ✓ Les variables dépendantes, (facteurs) liés à l'offre sont des points essentiels sur lesquels les partenaires et les institutions peuvent agir pour renverser la tendance.
 - ✓ Les variables dépendantes (facteurs) liés à la demande de soins sont des constructions sociales autour des méthodes de contraception importée qui fondent la réticence des acteurs.

Le cadre conceptuel ci-dessous fait la synthèse de l'influence de ces facteurs sur l'adoption des méthodes de contraception médicale.

Figure n°01 : Schéma du cadre conceptuel de la recherche



Source : Données de terrain, 2019

En s'inspirant de ce cadre conceptuel, des réponses provisoires sous forme d'hypothèses sont formulées pour une meilleure compréhension du sujet de recherche.

1.2.3- HYPOTHESES DE RECHERCHE

En guise d'approche de réponse, quelques hypothèses ont été émises par rapport à la problématique posée.

- i- Les facteurs socioculturels, sociolinguistiques, structurels, économiques, géographiques influencent la décision d'adopter une méthode de contraception importée ;
- ii- L'implication du mari dans le processus d'adoption d'une méthode de contraception importée met à l'abri des conflits sociaux ;
- iii- Les expériences des effets secondaires découlant des méthodes de contraceptions vécues par certains acteurs de la population façonnent la perception des autres.

Afin d'opérationnaliser ces hypothèses, des objectifs ci-dessous ont été formulés.

1.2.4 – OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La recherche vise un objectif général et trois objectifs spécifiques.

- **OBJECTIF GENERAL DE LA RECHERCHE**

D'une manière globale, la présente recherche ambitionne fournir des éléments en vue de comprendre les facteurs liés à l'offre et à la demande de soins qui fondent les réticences observées en cas d'adoption d'une méthode de contraception importée.

- **OBJECTIFS SPECIFIQUES DE LA RECHERCHE**

Plus spécifiquement, cette recherche veut :

- i- Identifier les facteurs socioculturels, sociolinguistiques, structurels, économiques, géographiques, etc. sous-jacents qui justifient la réticence en cas d'adoption d'une méthode de contraception importée ;
- ii- Apprécier l'effet de la négociation entre les agents de santé et les hommes ajà dans le processus d'adoption d'une méthode de contraception importée ;
- iii- Examiner l'influence du vécu des effets secondaires de certains acteurs de la population sur la perception des autres en matière de contraception importée.

Afin d'atteindre les objectifs fixés, il est opportun de se baser sur un modèle d'analyse socio-anthropologique. Celui choisit dans le cadre de cette recherche est la **théorie des systèmes familiaux de Broderick** (1993). Mais vu que la femme a un rôle culturellement institué dans l'aire culturelle ajà-fon, quelques emprunts ont été faits à la **théorie culturaliste**.

1.2.5- MODELE D'ANALYSE

Cette recherche s'inscrivant dans une démarche compréhensive des facteurs qui fondent la réticence des acteurs sociaux, plus précisément les couples dans l'adoption des méthodes de contraception importée en milieu *ajà-fon* du Couffo, le modèle d'analyse choisit pour une meilleure compréhension est la théorie des systèmes familiaux de Broderick (1993), inspiré de l'internationalisme ; cette théorie est appuyée par celle culturaliste.

Le comportement individuel au sein d'un système, famille, suivant la théorie des systèmes familiaux ne peut être compris de manière solitaire. Il faudrait tenir compte des interrelations entre les acteurs du système en vue de comprendre le comportement individuel des acteurs. Le fonctionnement des systèmes familiaux en l'occurrence le couple suit deux (02) principes selon Broderick (1993) : le maintien et la réglementation des relations qui se lient à travers les décisions et actes des acteurs, des partenaires dans le couple. Ainsi, la modification du comportement de chaque acteur du système déteint sur la qualité des relations. L'application de cette théorie dans le cadre de cette recherche se fait à deux niveaux ; le niveau micro et le niveau macro.

Le niveau micro est celui de la famille, le couple ; comprendre la décision de la femme face à l'adoption des méthodes de contraception médicale par la qualité de sa relation avec son homme. En d'autres termes, partant de cette théorie, la décision individuelle d'un acteur du système famille (ou couple) d'adopter ou de poursuivre une méthode de contraception médicale est en partie influencée par la qualité de la relation ainsi que la portée de l'acte à poser. La compréhension qu'a l'autre partenaire, le mari dans ce cas, de la portée de l'acte que pose sa femme ; la question qu'il se pose est : Est-ce que l'adoption d'une méthode de contraception médicale par ma femme maintient la quiétude de mon couple par ricochet ma famille ? De la réponse à cette question découle le comportement qu'adopte l'homme et celle de la femme aussi face aux méthodes de contraception médicale.

L'analyse au niveau macro considère l'environnement social du couple comme le système et le couple, un acteur de ce dernier. Comme le suggère d'autres chercheurs (Wilson et Koo, 2008), le contexte peut influencer la qualité de la relation sur les questions liées à la pratique contraceptive. Ainsi, le système dans lequel vit le couple, l'environnement social du couple, peut jouer sur la décision du couple en l'occurrence celle du mari. Par exemple, si la femme en considérant l'influence du système sur la mentalité de son mari sait qu'il ne serait pas réceptif vis-à-vis de l'adoption d'une méthode de contraception importée ; elle hésiterait à en discuter avec lui. Et si, dans le même temps, elle a accès à ces méthodes de contraception, elle n'hésiterait pas à les adopter en cachette si elle est convaincue que ceci lui apporterait un

mieux-être. Cette influence du système sur la mentalité de l'homme tire son essence la plupart du temps de la culture, du rôle culturellement réservé à la femme dans la société locale *ajàfon* du Couffo. Ainsi, l'approche culturaliste est alors conviée pour comprendre le comportement récessif des *ajànù* en se basant sur la Franz Boas (1919) et ceux de Durand et Weil (2006).

Boas récuse les grandes généralisations abstraites très présentes dans l'anthropologie naissante, à cette époque et propose très clairement une conception particulariste des cultures. Pour lui, chaque culture est spécifique, constitue une totalité singulière. Tout l'effort de l'anthropologie est alors de mettre au jour ce qui fait la cohérence et l'unité d'une culture particulière. Durand et Weil (2006) renchérissent et soulignent que la cohérence des traits relève d'un système de valeurs dominantes qui forment un modèle ; l'ensemble des traits est intériorisé par les individus sous la forme d'une *personnalité de base*.

Ainsi, dans le cas précis, suivant ces travaux, on comprend que le système des valeurs de la culture des *ajànù* conditionne leur mentalité et leur perception sur le rôle de la femme dans un foyer, source de la réticence observée. Comprendre le comportement récessif des *ajànù* du Couffo suivant ce modèle exige alors une analyse des relations sociales à deux niveaux (macro et micro) en tenant compte des traits culturels, relevant de leur système de valeurs qu'intériorisent les acteurs et qui conditionnent désormais leurs perceptions de la réalité, leurs actes, etc.

1.3- REVUE DE LITTERATURE

Cet aperçu de la littérature s'articule autour des types de contraception utilisés par les femmes en Afrique Subsaharienne, des perceptions de l'efficacité et contraintes de ces méthodes et des facteurs sous-jacents à la non adhésion des hommes en union maritale aux méthodes modernes de contraception. Pour ce faire, trois études récentes et une contribution théorique à la question de l'utilisation de la contraception chez les femmes en Afrique seront présentés.

La première contribution est intitulée « *Le rôle des méthodes contraceptives traditionnelles dans la planification familiale chez les femmes fréquentant des centres de soins de santé primaires à Kano* » et publié par Rabiou et Rufa'i (2018). Elle a utilisé les concepts suivants : planification familiale, rôle, méthodes contraceptives traditionnelles et a pour objectif d'évaluer l'utilisation des contraceptifs traditionnels dans l'espacement des naissances et son association avec la taille de la famille chez les femmes en âge de procréer fréquentant les centres de soins de santé primaires à Kano.

En ce qui concerne la méthodologie utilisée, il s'agit d'une étude transversale portant sur 400 femmes fréquentant des centres de soins de santé primaires à Kano. Leurs caractéristiques sociodémographiques, leur nombre d'enfants, leurs connaissances et l'utilisation de contraceptifs traditionnels ont été enregistrés sur un questionnaire pré-testé.

Sur 280 participants 70,0% étaient au courant des méthodes traditionnelles de contraception, mais seulement 147 (36,8%) ont utilisé ces méthodes et parmi ceux qui les ont utilisés, la phytothérapie était la méthode la plus utilisée. Le niveau d'instruction a été identifié comme déterminant dans le type (moderne ou traditionnel) de méthode contraceptive utilisé par les femmes à Kano.

Cette étude permet de comprendre qu'il y avait plus de connaissances sur les méthodes contraceptives traditionnelles que modernes. Les méthodes contraceptives modernes sont peu utilisées et les méthodes traditionnelles de contraception sont utilisées équitablement. L'étude n'a montré aucun avantage évident de l'utilisation de la contraception traditionnelle par rapport à sa non utilisation dans la réduction de la taille de la famille.

Les auteurs ont identifié les types de contraceptions utilisées par les femmes à Kano tout en déterminant leur prévalence à travers une méthodologie quantitative. Le présent travail axé sur une méthodologie strictement qualitative, ne cherche pas à identifier les types de contraception existant en milieu adja-fon du Couffo dans le contexte béninois. Par contre, il cherche dans une large mesure à recueillir les perceptions des acteurs par rapport à ces types de contraception ainsi que l'implication de ces perceptions sur leur réticence par rapport aux méthodes modernes de contraception.

La deuxième étude est publiée par Hassoun, (2018) et est intitulée « *Recommandations pour la pratique clinique : Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOFs* ». Elle est une contribution théorique et avait pour objectif d'élaborer des recommandations de pratiques cliniques des méthodes de contraception naturelle et des méthodes barrières féminines et masculines.

L'approche méthodologique a consisté à faire une revue systématique de la littérature en langue française et anglaise, concernant la place, la sécurité et l'efficacité des méthodes de contraception naturelle et des méthodes barrières, a été réalisée sur PubMed, Cochrane Library et sur les recommandations des sociétés savantes internationales ainsi que celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des mises à jour du Center for *Disease Control and Prevention* (CDC).

On retient deux principaux résultats auxquels l'auteur a abouti ; dans un premier temps concernant le rapport aux méthodes naturelles et méthodes barrières : les contraceptions naturelles comprennent les méthodes basées sur la détermination de la période fertile, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et le retrait. Et par rapport à leur prévalence : elle reste faible (4,6 % d'utilisatrices) et stable depuis plusieurs années.

L'identification des périodes fertiles se fait soit sur la constatation de symptômes glaire cervicale (billings), méthode des deux jours, température, méthode symptothermique) soit en calculant sur le calendrier les jours fertiles. Le taux de grossesse au bout d'un an est de 0,4 à 5 % en pratique correcte et régulière mais 8 % en pratique courante. Quant à la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée est très efficace (98 %) quand les trois critères suivants sont respectés : être dans les 6 premiers mois qui suivent la naissance, être en aménorrhée et faire un allaitement complet (jour/nuit) ou quasi complet et exclusif. La méthode du retrait pour finir est peu efficace et contraignante. Préservatif masculin et féminin, diaphragme, cape cervical et spermicides sont des méthodes barrières physiques ou chimiques qui empêchent

En conclusion, les méthodes naturelles et les méthodes barrières sont beaucoup moins efficaces et plus contraignantes en pratique courante que les méthodes médicalisées. Elles peuvent trouver leur place à certaines périodes de la vie de la femme ou du couple qui considèrent alors comme possible ou acceptable la survenue d'une grossesse non prévue qui sera poursuivie ou pas.

Dans cet article, l'auteur fait abstraction aux méthodes modernes (médicalisées) de contraception et met en exergue les méthodes naturelles et méthodes barrières tout en énumérant leurs contraintes ainsi que les limites par rapport aux méthodes modernes. Ce faisant, la position de l'auteur militent pour le renforcement de la communication autour des méthodes modernes de contraception afin de favoriser l'adhésion des acteurs sociaux. La présente recherche bien que ne se focalisant sur cet aspect, a voulu tout de même prendre en compte l'équation avantage/contrainte des différentes méthodes à travers les perceptions des enquêtés sur chaque type de méthode afin d'identifier les facteurs à la base de leur réticence par rapport aux méthodes modernes de contraception.

La troisième étude est intitulée « *Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi* » et publié par (Ntambue *et al.*, 2017). Dans cet article, les auteurs se

sont attelés à déterminer la prévalence contraceptive moderne et les barrières à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les couples de la Zone de Santé Dibindi, à Mbuji-Mayi en République Démocratique du Congo. Il met en évidence les concepts tels que : planification familiale, méthodes contraceptives modernes, contraceptifs modernes.

L'approche méthodologique adoptée a été descriptive et transversale. Elle a les femmes âgées de 15 à 49 ans, en union maritale, non enceinte au moment de l'enquête, qui habitaient la zone de recherche depuis deux ans et ayant consenti librement de participer à l'étude. La collecte des données a été réalisée par entretien libre des femmes. Le test de Bonferroni a été utilisé pour comparer, deux à deux, les proportions des barrières à l'utilisation des contraceptifs modernes.

Par cette approche méthodologique, les auteurs ont abouti à deux résultats principaux : malgré l'information dont les femmes disposaient sur les contraceptions modernes, la prévalence contraceptive moderne à Dibindi était de 18,4%. Elle était faible eu égard aux services de planification familiale disponibles dans cette Zone de santé. Concernant, les facteurs explicatifs de cet état de choses ; les analyses ont permis de démontrer que les femmes refusaient d'utiliser les méthodes contraceptives modernes à cause de leur désir de maternité, l'interdiction religieuse, l'opposition du conjoint et la crainte des effets secondaires.

Il ressort de cette contribution que, l'information suffisante et centrée sur chaque cliente ou son couple, sur la planification familiale, devrait être renforcée de façon à éliminer les fausses croyances, ce qui accroîtrait l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

L'aspect abordé par ces auteurs entre en ligne de compte avec le sujet traité dans ce travail. En effet, similairement à l'objectif de cette étude, le présent travail a pour objectif principal de fournir des éléments empiriques en vue de comprendre les facteurs liés à l'offre et à la demande des méthodes modernes de contraception et qui participent de la réticence des femmes à les adopter en contexte béninois et plus précisément chez les *ajà-fon* du Couffo. Dans cette perspective, il est également question d'identifier et de catégoriser les différentes barrières susceptibles d'influencer la demande et l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

La quatrième étude est intitulée « *Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal)* » a été publiée par Faye *et al.*, (2015). A l'instar de l'étude précédente, elle s'est donnée pour objectif d'identifier les déterminants de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en âge de procréer dans ledit district

sanitaire de Mbacké. Cette étude opérationnalise les concepts tels que : comportement en matière de contraception ; contraceptifs ; femme ; satisfaction personnelle et prévalence.

L'approche méthodologique sur laquelle repose l'étude est mixte : analytique, quantitative et qualitative. En ce qui concerne l'enquête quantitative, elle s'est déroulée du 1er au 20 juillet 2011. La population d'étude est constituée de 384 femmes en âge de procréer qui résident au sein du district. Elles ont été identifiées par un sondage à deux degrés. Les données ont été saisies et une analyse bi-variée a été faite grâce au logiciel Epi Info 3.3.5. Quant à l'enquête qualitative, elle s'est déroulée du 25 au 31 juillet 2011. Des entretiens groupés ont permis de recueillir les perceptions des femmes sur la contraception moderne. L'analyse du contenu a été effectuée.

Les résultats quantitatifs de cette étude montrent que les femmes utilisent les méthodes injectables (54,2 %), les pilules (29,4 %), les implants (8,8 %) ou le dispositif intra-utérin (1,4 %). Les femmes en âge de procréer qui ont un pouvoir de décision, un niveau d'études secondaires ou supérieures, des connaissances sur la contraception moderne, une activité génératrice de revenus et une satisfaction sur la qualité des prestations de la contraception, sont plus enclines à utiliser les méthodes contraceptives modernes.

Quant aux résultats des deux focus groups, le choix des femmes en âge de procréer a porté sur les injectables par rapport aux autres produits contraceptifs et certains chefs de ménages n'adhèrent pas à la contraception moderne. Les auteurs aboutissent à la conclusion selon laquelle, l'amélioration des caractéristiques socioéconomiques des femmes et la sensibilisation des populations sur la contraception moderne contribueraient à une meilleure utilisation des produits contraceptifs modernes dans le district sanitaire de Mbacké.

L'objectif de cette étude s'ancre dans l'esprit du présent travail. Ici l'on s'attardera peut sur les catégories de contraception moderne utilisées par les femmes en milieu *ajà-fon* du Couffo. La collecte et l'analyse des données vont cependant contribuer à mettre en lumière les facteurs sous-jacents de la non adhésion des hommes en union maritale aux méthodes moderne de contraception ce qui par ricochet entraîne la réticence des femmes.

Ainsi, plusieurs aspects sont à prendre en compte dans l'adoption des méthodes de contraception médicale. La section suivante clarifie quelques concepts utilisés dans le présent document en vue d'une meilleure compréhension.

1.4- CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Des concepts ont été employés dans le présent mémoire pour désigner une réalité, une catégorie d'acteurs, etc. Afin de faciliter la lecture du présent document à tous, il paraît opportun d'expliquer quelques concepts utilisés. Cette explication/clarification de ces concepts a pour but de permettre à toute personne ayant accès au présent document, de comprendre avec précision quelle réalité se cache derrière chaque concept utilisé. Ainsi, les concepts de la fécondité, de la contraception, les représentations sociales et le système de santé sont clarifiés.

La **fécondité** est définie comme la qualité de ce qui est fécond ; ce qui présente des aptitudes et attitudes pour se reproduire en vue de la persistance de l'espèce. Elle peut être comprise aussi comme l'action de féconder, de fusionner deux gamètes, une cellule sexuelle mâle et l'autre femelle, qui forment un œuf, zygote qui constitue le point de départ d'une ou de plusieurs vies nouvelles. Dire d'une femme qu'elle est d'une grande fécondité par exemple c'est dire qu'elle a beaucoup d'enfants ; la femme fécondable ainsi est celle-là qui a tout le nécessaire pour être fécondée par un homme à tout moment¹⁰. La *fécondité* exprime, d'une manière générale, la capacité de reproduction potentielle d'un organisme ou d'une population, exprimée par le nombre d'œufs pondus ou par la quantité de descendants des populations, produits au cours de chaque cycle de reproduction. Elle est impliquée dans la dynamique des populations¹¹.

Ainsi, la fécondité est l'élément stratégique dans la capacité de reproduction ; elle constitue l'aptitude d'une espèce animale et particulièrement d'une femelle, d'avoir une abondante progéniture. Pour illustrer, *l'unique femelle de chaque essaim [de termites] a l'horrible fécondité de pondre, par jour, 80 000 œufs* (Michelet, *Oiseau*, 1856, p. 299). *Elle [la chienne] produisait, avec une fécondité vraiment phénoménale, des multitudes de petits chiens de toutes les espèces connues* (Maupass., *Contes et nouv.*, t. 2, Hist. chien, 1881, p. 766).

La fécondité constitue la réalisation effective, l'expression de la fertilité, elle mesure le nombre de descendants dans un lieu donné et prend en compte ses caractéristiques. Ce qui différencie la fécondité de la fertilité est que le manque de fertilité se manifeste par l'infertilité, or le manque de fécondité se désigne par la stérilité ; la stérilité s'oppose donc à la reproductivité de l'espèce.

¹⁰ Ces informations sont extraites du dictionnaire Universel, 2005

¹¹ <https://www.aquaportail.com/definition-7241-fecondite.html>

Dans le cadre de cette recherche, le concept de la **fécondité** rend compte de la capacité d'une femme à concevoir, tomber enceinte et à donner vie à un ou plusieurs enfants au bout d'un certain temps. Ainsi, l'enfant reste le couronnement de ce cycle. Parler en termes de gestion de cette fécondité, c'est faire appel aux mécanismes mis en place pour que chaque cycle ovulatoire de la femme ne se solde pas par une grossesse. L'un de ces mécanismes est la contraception.

La **contraception** désigne l'ensemble des procédés qui empêchent la conception, la grossesse ; l'action de poser volontairement des obstacles sur le chemin de la conception, bloquer intentionnellement la reproduction de son espèce à son niveau par des méthodes anticonceptionnelles (Dictionnaire universel, 2005). Les méthodes de contraception sont classées en quatre catégories : les méthodes naturelles, celles artificielles, celles basées sur les pratiques endogènes du milieu et celles définitives/ irréversibles (Boutter¹², 2015).

Les **méthodes de contraception dites naturelles** reposent essentiellement sur la gestion du corps ou du moins la maîtrise des pulsions sexuelles, l'abstinence périodique et le retrait avant éjaculation. Cette forme de contraception doit son nom au fait, qu'elle ne nécessite pas l'intervention d'un agent de santé ni de moyens extérieurs au corps. Elle engage la responsabilité des deux partenaires, hommes et femmes, plus celui de l'homme en Afrique ; puisque l'application de la majorité des méthodes relève de la responsabilité de l'homme. Mais cette forme de contraception est peu fiable puisqu'elle fait appel à la vigilance des partenaires ou à leur capacité de mémorisation, compter les jours qui ne sont pas toujours au rendez-vous. (Boutter, 2015 ; Jobin, 2008). Ainsi dans les sociétés africaines face à l'échec des méthodes naturelles, celles dites endogènes sont mises à contribution.

Les **méthodes de contraception endogène** se fondent sur des pratiques propres au milieu ; elles font appel à des pratiques se reposant sur les plantes médicinales ou sur des pratiques magico-religieuses. Elles se fondent essentiellement sur les croyances ; elles sont souvent fabriquées par les praticiens de la médecine traditionnelle (guérisseur, phytothérapeute, etc.). La détermination de leur efficacité semble ambiguë dans la majorité des cas vu le volet spirituel qui s'y mêle. C'est en raison de toutes ces déconvenues que les méthodes de la contraception médicale sont proposées aux populations.

Les **méthodes de contraception importées** encore appelées les méthodes de la planification familiale sont constituées des méthodes relevant du domaine de la biomédecine, comprimés, injectables, implants, etc., homologuées par l'OMS. Elles sont relativement récentes et sont

¹² Anne-Marie Boutter a fait des recherches sur les obstacles et les préjugés à l'adoption des méthodes de contraceptions médicale au Burkina-Faso.

subventionnées par les institutions internationales telles que l’OMS et l’état (Boutter, 2015) ; avec cette subvention, ces méthodes sont pratiquement gratuites. Cette mesure vise faciliter l’accès à toutes les catégories d’acteurs quel que soit leur rang social.

Ces trois formes de contraception jouent deux (02) rôles fondamentaux : l’espacement et la limitation des naissances. L’on parle d’espacement de naissances quand le couple décide pour diverses raisons, bien qu’ayant encore le désir d’avoir de procréation, d’opter pour une méthode de contraception pendant une durée bien déterminée au préalable. Ainsi, il bloque momentanément le processus de procréation. Sur le plan biologique cette technique a deux avantages, permettre à l’organisme de la mère de se reposer en vue d’une meilleure récupération et favoriser la croissance du nourrisson qui a toute l’attention de sa mère (Yala, 2010 ; Goujo, 1996, ABPF, 2016).

Quant à la limitation, elle consiste à stopper délibérément la procréation en dépit de la vitalité de ces capacités à procréer. Ce choix est fait par les couples qui ont atteint le nombre d’enfants préalablement convenu entre les deux partenaires. L’avantage de cette deuxième approche consiste à faire le nombre d’enfants dont le couple avec ses revenus peut couvrir tous les besoins et prendre soins d’eux-mêmes. Il favorise le développement de tous les membres de la famille (Goujo, 1996). Dans ce cas, ces acteurs peuvent opter pour une des trois (03) formes de contraception ci-dessus cités ou la dernière que sont les méthodes de contraception irréversible.

Les **méthodes de contraception irréversibles** font appel à la chirurgie. Elle consiste en une ligature et une ablation des organes reproducteurs chez l’homme ou la femme. Le but de cette opération est de rendre stérile l’homme ou la femme. Mais, il faut souligner que ces méthodes sont rarement utilisées (ABPF, 2018 ; OMS, 2017).

Dans le présent document, les définitions de chaque forme de contraception sont valides. Les trois (03) premières formes seront documentées mais un accent particulier est mis sur les méthodes de contraceptions médicales proposées dans le système de santé.

Un **système de santé** est par définition une réponse plus ou moins harmonieuse et cohérente aux besoins des citoyens (Gobbers, 2000) ; il constitue l’organe qui répond officiellement aux problèmes de santé des populations. Tout en prenant en compte le droit à la santé tel défini par l’OMS (2015), qui le quantifie en termes d’accès en temps utile, à des soins de santé acceptables, d’une qualité satisfaisante et d’un coût abordable. Aussi, la définition de la notion de système qui est un assemblage d’éléments les uns interagissant sur les autres en ayant pour but commun, une finalité ; la finalité constitue l’élément du système qui crée l’unité (Tell, 2000) renseigne sur la finalité du système de santé. Il est constitué de l’ensemble

des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé des populations. L'OMS, (2018) a énuméré 06 obstacles à franchir pour rendre efficace un système de santé : les effectifs du personnel de santé ; les infrastructures de qualité et décentralisés ; le matériel médical, équipements, médicaments, etc., la logistique ; le suivi des progrès et l'efficacité du financement. Le respect de ces points constitue pour l'OMS (2018), une garantie pour l'accès aux soins de santé de qualité à toutes les franges de la population.

Au Bénin, l'organe qui est mise en place pour répondre aux besoins de santé des populations est la pyramide sanitaire. Elle est divisée en trois compartiments, le sommet représentant le niveau d'élaboration des politiques de santé ; le niveau intermédiaire qui est le niveau d'appropriation et d'orientation des politiques en fonction de la zone d'intervention, en tenant compte des réalités du milieu ; et la base qui est le terrain d'opérationnalisation des politiques. Cette base regroupe les centres de santé périphériques qui constituent l'élément de la pyramide sanitaire qui nous intéresse dans le cadre de ce mémoire. Car ce niveau de la pyramide constitue globalement le premier point de contact des populations et des agents de santé. C'est alors un niveau où en accord avec la vision de l'OMS à l'horizon 2030 et le Comité Régional de l'Europe (2008), on peut définir l'accès aux soins comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. Un accès aux soins qui interroge la capacité humaine et professionnelle d'écoute et de respect de l'agent (Bouchon, 2012). En tant que pratiques d'accompagnement, les soins représentent pour une grande part un travail de connexion entre soignants et soignés en quête d'unité quand on se déploie dans un univers pluriel polysémique (Saillant et Gagnon, 1999). Les soins impliquent non seulement une interaction sociale, mais également des représentations de ce que sont ou doivent être les liens au sein de ces relations.

La **représentation sociale** est un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses (Moscovici cité par Fischer, 1996 : 125). Dans ce cas, elle ne se limite pas à une construction individuelle, isolée mais plutôt collective ; elle se fonde sur les valeurs, notions, pratiques, etc. propre à un groupe social donné. Ceci explique pourquoi, toute représentation de l'individu est nécessairement une représentation du lien social qui lui est consubstantiel (Saillant, 1999). Aussi, les représentations sont considérées comme un ensemble d'idées, de croyances, de jugement, de « vision du monde », d'opinions ou encore d'attitudes aboutissant à un ensemble

de « connaissance de sens commun », le plus souvent distinctes de la connaissance scientifique, et qui contribuent à la « construction sociale de la réalité » (Jodelet, 1984). Au-delà des particularités individuelles, elles ont la caractéristique d'être partagées par des individus d'un même groupe social (Collectif, 2007). Notons que dans le domaine de la quête de soins par les acteurs sociaux, et des réponses qu'ils ont en dehors du système biomédical, deux niveaux se distinguent : les représentations et pratiques populaires communes et les représentations et pratiques populaires spécialisées, notamment les offres thérapeutiques à forte connotation magico-religieuse (Olivier de Sardan, 2006). Les représentations peuvent dépendre aussi du vécu. Pour Akoun et Ansart (1999), le vécu se rapporte à la vie quotidienne. L'approche phénoménologique et l'interactionnisme symbolique mettent l'accent sur l'expérience et l'activité des individus dans des situations où ils s'orientent selon des schémas d'attentes réciproques, ce qui conduit à repérer les cadres de l'expérience (Goffman, 1974) grâce auxquels des individus en situation de coprésence tiennent pour réelle et construisent comme allant de soi la situation partagée. L'intérêt de la connaissance donne ses lettres de noblesse à une exploration du mode ou du style de vie ; elle rejoint une accentuation du présent dans les représentations.

Dans cette recherche, les représentations sont l'ensemble des pensées, des opinions, des croyances, etc. qui différencient, particularisent les acteurs du Couffo et justifient leur comportement réticent face aux méthodes de contraception médicale.

Dans le chapitre suivant, l'approche méthodologique adoptée dans le cadre de la présente recherche est exposée.

Chapitre II : CHAPENTE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

La termitière a beau se mesurer à la montagne, elle n'atteindra point sa hauteur. Proverbe ajà-fon

Ce chapitre expose les étapes de la démarche adoptée sur le terrain en vue d'une collecte efficiente des données. Le cadre de la recherche et le dispositif méthodologique mis en place pour un bon déroulement de l'enquête sont décrits et argumentés.

2.1- CADRE DE LA RECHERCHE

Dans cette partie du mémoire, il est présenté le contexte de la recherche, les conditions dans lesquelles ce sujet a été choisi avant la présentation proprement dite du cadre de recherche.

2.1.1- CONTEXTE GENERAL DE LA RECHERCHE

Le département du Couffo, cadre de la présente recherche, bénéficie d'un accompagnement de divers partenaires techniques et financiers (PTF) dont la Coopération technique Belge depuis plus deux décennies. Cet accompagnement se matérialise par une couverture en infrastructures sanitaires dans le domaine de la santé. Mais les indicateurs de performance sanitaire dans ce département demeurent globalement faibles. La plupart des services publics de santé ne sont pas souvent utilisés, même si certaines formations sanitaires dans ce lot arrivent à avoir une bonne performance.

La présente recherche, menée par le laboratoire de sociologie et d'anthropologie médicale appliquée (Lasma) tire sa raison d'être de cette situation. L'objectif est de comprendre à travers une approche socio-anthropologique, les causes du faible niveau des indicateurs de santé dans le Couffo, notamment en ce qui concerne les soins curatifs, les accouchements et les méthodes modernes de planification familiale. Mais en même temps, il a été aussi question d'identifier et de comprendre aussi les raisons qui expliquent la bonne performance de certaines formations sanitaires.

L'enquête a connu plusieurs phases. Des suites d'un prétest des outils, une première phase a consisté en une enquête dans les centres de santé de faible performance, une deuxième en une enquête dans les centres de santé de moyenne performance et une troisième phase en une enquête dans les centres de santé de bonnes performances. Ces centres sont situés dans les deux zones sanitaires du département, la zone sanitaire Aplahoué-Dogbo-Djacotomey (ADD) et celle Klouékanmey-Toviklin-Lalo (KTL).

2.1.2- CONTEXTE SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE SUR LES METHODES DE CONTRACEPTION MEDICALE

Etant assistante de recherche au Lasma, nous avons eu l'opportunité d'être dans l'équipe de pilotage de cette recherche. Ainsi, nous avons été impliquée dans toutes les étapes de la recherche sur les facteurs explicatifs du faible niveau des indicateurs de santé dans le département du Couffo.

Pendant la phase de collecte des données, plusieurs évènements, des extraits de discours sur le genre, le rapport existant entre la fécondité et la valeur de la femme, les incidences racontées par les agents de santé ayant mis des femmes sous méthodes contraceptives sans le consentement de leurs maris, etc. nous ont interpellé et ont excité notre curiosité scientifique. Ces divers discours concordants tenus par des acteurs vivant dans différents villages du département ont nourri notre appétence de femme, ayant un statut d'étranger et souvent perçu par ses paires du milieu comme supérieure à elles. Ainsi, en tant que femme, nous voudrions comprendre la place qu'accordent les populations *ajà* à la femme. Attaquer cette compréhension par la gestion de la fécondité nous paraît plus approprié pour saisir la majorité des réalités sous-jacentes qui codifient le quotidien de la femme *ajànù*.

D'autre part, notre statut d'étudiante finissant le cycle master, à la recherche d'un sujet pour la rédaction du mémoire de fin de formation, justifie notre intérêt pour ce sujet de recherche. Bien que plusieurs chercheurs dans le monde ont abordé ce sujet sous différentes coutures, nous pensons que l'aborder en société *ajà-fon* en essayant de comprendre comment les discours officiels sont réappropriés par divers acteurs à la base et façonnent les perceptions, logique, les pratiques qui structurent le quotidien de la femme *ajà*.

Subséquentement, nous ne sommes pas allés sur le terrain avec un cadre théorique, une problématique, des hypothèses, à vérifier. Nous avons plutôt adhéré à l'idée, notamment exprimée par Jaffré,(1999). Les hypothèses de recherche, souvent socialement et techniquement orientées, imposent au réel une grille de lecture parfois fautive ou, tout au moins, insuffisante (1999 b: 362).

Par cet extrait, l'on comprend que laisser la problématique émergée du terrain, comme ce fut le cas dans cette recherche, met à l'abri des biais. Cette approche garde le chercheur de créer un faux problème¹³ un problème qui en réalité n'en est qu'un que pour le chercheur qui l'a créé par une problématique préalablement écrite. Car au fond, le premier objet de l'enquête

¹³ Cette expression n'est pas la nôtre, elle vient du prof Imourou Aboubacar, lors de la dispensation de son cours intitulé construction de l'objet sociologique en septembre 2018.

n'est pas de répondre à des questions mais de découvrir celles que l'on va se poser. (Moussa, 2008 : 21).

2.1.3- PRESENTATION DU CADRE DE LA RECHERCHE

Dans cette section, les spécificités au plan géographique, historique, socio-culturel et sanitaire du cadre de recherche, le département du Couffo sont mises en exergue.

- **Au plan géo-démographique**

Le département du Couffo¹⁴ se situe au sud-est du Bénin ; il est limité au Sud par le département du Mono, au Nord par celui du Zou, à l'Est par le département de l'Atlantique et à l'Ouest par la République du Togo. Il couvre une superficie de 2 404 km² et regroupe les six (06) communes : Aplahoué, Djakotomey, Dogbo, Klouékanmè, Lalo, et Toviklin. Ces communes sont quant à elles subdivisées en 50 arrondissements qui totalisent 367 villages et quartiers de ville.

Quant au climat, il est du type soudano guinéen à deux saisons pluvieuses et à deux saisons sèches. La hauteur annuelle de pluie varie entre 800 mm et 1 200 mm. L'humidité relative est considérable et peut atteindre 85%. Le nombre de jours de pluies tourne autour de 100 jours par an et la période de croissance végétative varie entre 210 jours et 240 jours. Ce climat est favorable à l'agriculture, la première activité du milieu. (INSAE, 2016).

Sur le plan démographique, la population du Couffo au dernier recensement (RGPH₄, 2013) est estimée à 745 328 habitants dont 348 574 hommes et 396 754 femmes, avec un rapport de masculinité de 88%(soit 88 hommes pour 100 femmes). On y dénombre 140 444 ménages dont la taille moyenne est de 5,3 (RGPH₄, 2013). Ce département a un poids démographique de 7,4 % de la population du pays en 2013. Au travers de ces statistiques, on comprend que le département compte plus de femmes que d'hommes ceci peut justifier la pratique de la polygamie très répandue dans le milieu.

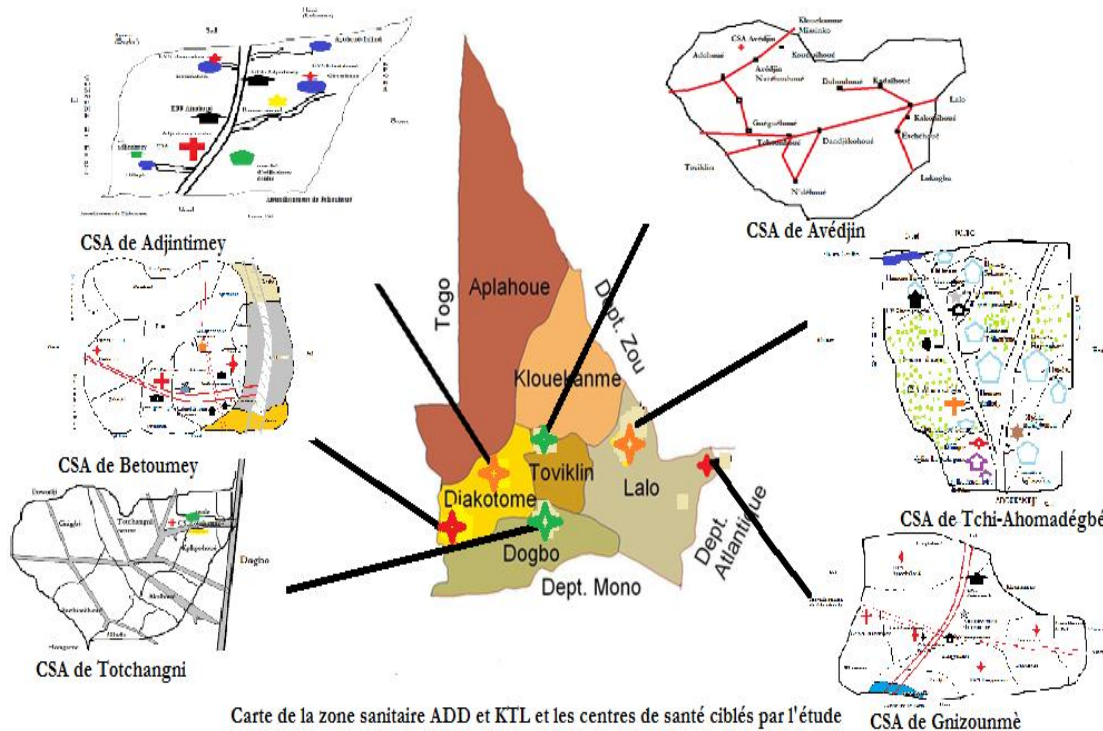
Les groupes sociaux linguistiques, les plus représentés sont les Adja (90,7%) et les Fon (8,5%). Les populations du Couffo pratiquent en majorité les cultes traditionnels "vodoun" (56,5%), elles sont aussi "Autres chrétiens" (15,3%), "catholiques" (5,9%) et "autres protestant" (5,6%) (INSAE, 2016).

La présente recherche s'est déroulée dans quatre (04) communes sur les six (06) que compte le département, CSA Adjintimey et Betoumey dans la commune de Djakotomey, CSA Totchangni dans la commune de Dogbo, CSA Avédjin dans la commune de Toviklin et CSA

¹⁴ Toutes ces informations sur le département du Couffo sont tirées du cahier des villages et quartiers de ville du Couffo, un extrait du quatrième recensement des populations et de l'Habitat de l'INSAE.

Gnizoumey et Tchi-Ahomadégbé dans la commune de Lalo. La carte ci-dessous montre le positionnement de ces CSA, centre de santé d'arrondissement dans le département.

Figure n°02 : Carte du département du Couffo montrant les villages et quartiers de ville visités



Source : LASMA, Mai 2019

- **Au plan historique**

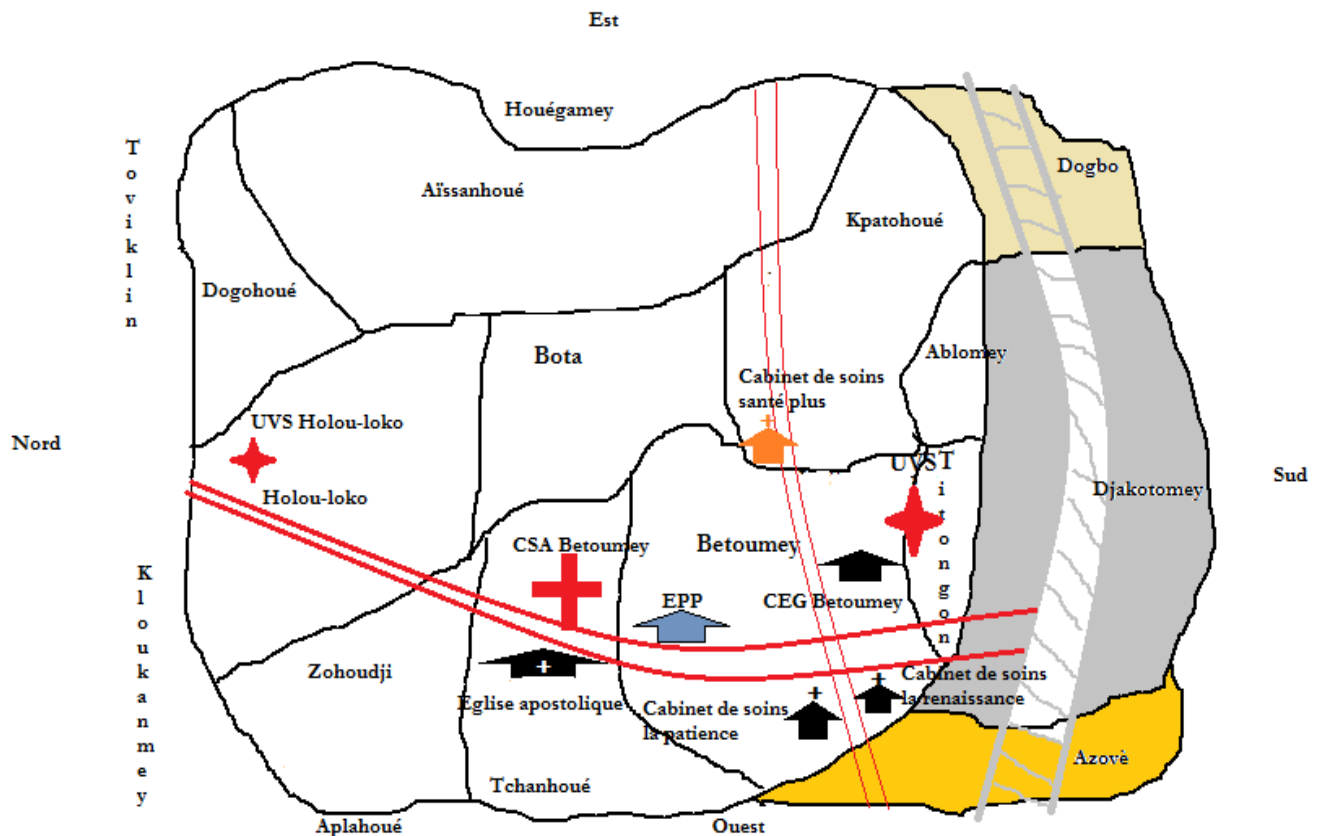
L'histoire du Couffo entier n'a pu être documentée vu la diversité qui caractérise les origines de chaque groupe social. En revanche, les histoires des localités visitées sont documentées et sont présentées ci-dessus.

- ✓ *Betoumey*

Débutons par l'histoire la plus courte, celle de Betoumey dans la commune de Djakotomey et peut-être la moins documentée des six (06) sites parcourus, faute d'informateurs. L'équipe de recherche va présenter ses civilités aux notables et autorités locales/religieuses de la localité avant de démarrer le travail sur le terrain. Et au cours de ces échanges, l'histoire de la localité et celle du centre de santé sont documentées.

Ainsi, suivant cette démarche à Betoumey, l'histoire du centre de santé a pu être documentée. Le donateur du site abritant le centre est décédé mais l'un de ses grands fils a pu raconter l'histoire du centre avec précision puisqu'il avait assisté son père dans les négociations, l'installation du centre est assez récente.

Figure n°03 : Dessin indicatif du Centre de santé de Betoumey



Source : Lasma, Décembre 2018

Comme le montre le dessin ci-dessus, le CSA Betoumey est situé dans le village de Tchanhoué au côté d'autres infrastructures sociales. Concernant l'histoire de la localité, aucune autorité n'a pu réellement la documenter. Les notables du milieu ainsi que les autorités ont souligné le fait que la localité est très vieille pas de précision sur l'année d'installation des premiers occupants et qu'au fil du temps, la transmission de l'histoire a souffert. On retiendra juste que :

« Betoumey signifie dans les bé_ chiendents_ comme vous le voyez encore dans la végétation, il y a beaucoup de bé ici. A l'arrivé de nos pères, il en avait un peu partout ; quand ils ont pris la décision de rester, ils disaient à leurs frères qui venaient les visiterqu'ils sont dans les bé Betoumey en Ajà » (Entretien_ Notable_ Betoumey_ décembre 2018)

✓ *Adjintimey*

Suivant la démarche décrite ci-dessus, l'histoire du CSA d'Adjintimey dans la commune de Djacotomey ainsi que celle de la localité ont été documentées auprès des autorités locales et notables de la localité.

Concernant, le CSA Adjintimey, le terrain sur lequel il est construit a été offert avant l'indépendance du Bénin (1960) ; mais le centre a été bâti en 1965. Deux blocs de bâtiments ont été construits pour abriter les unités de soins ; ce centre a été fermé ou a frôlé la fermeture plusieurs fois.

Il y a trois décennies environ, une dame était la responsable du centre et en même temps la sage-femme ; pour fidéliser les dames enceintes, elle avait trouvé une méthode qui malencontreusement à choquer la sensibilité de la majorité des femmes ainsi que leurs maris ; toute localité d'ailleurs paraît choquer. Sa méthode était très simple, elle saisissait juste un des pagnes de la femme enceinte quand celle-ci se présente pour la consultation prénatale (CPN). Bien souvent, elle arrachait le pagne par force ; elle le faisait dans la perspective fidéliser les dames pour qu'elles puissent venir accoucher dans le centre. Cette pratique laissait un goût amer aux dames qui subissaient sans rien dire. Au fait, la plupart ne dispose pas d'assez de pagnes pour se permettre de laisser un au repos aussi il en avait parmi elles qui n'en avait pas du tout et allaient prêter des pagnes chez leurs voisines, leurs parents ou amies dans la perspective de leur rendre juste après la visite au centre de santé. Elles étaient bien embrassées quand la responsable confisquait le pagne d'autrui. Alors, un jour la population a eu marre de subir cette situation et s'est soulevée. La résolution du conflit a conduit à la fermeture temporaire du centre par les autorités ; ce fut la première fermeture du centre de santé d'Adjintimey.

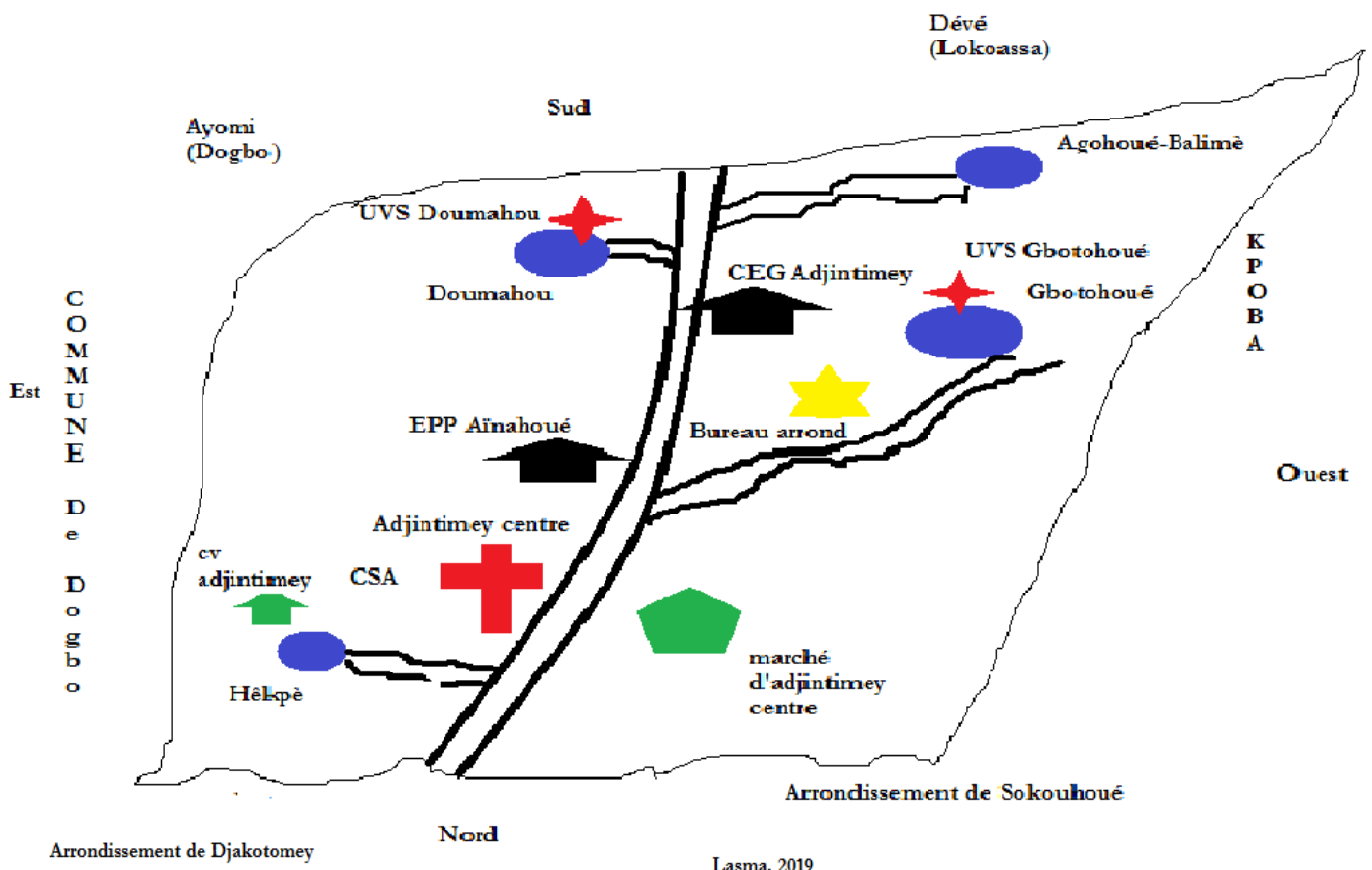
La deuxième fermeture remonte à une décennie environ ; la responsable était une dame aussi, elle était mariée à un membre influent du Cogec du CS Com Djacotomey. Elle a son tour travaillait bien et était bien appréciée par la population mais il a été révélé qu'elle ne versait pas les recettes du CSA dans le compte prévu à cet effet. Elle utilisait les recettes pour ces besoins personnels ceci sur un bon bout de temps. Quand le pot aux roses a été découvert, les autorités l'ont enlevé et le centre est resté sans dirigeant. Ainsi, sans avoir fermé les portes, le centre était plus ou moins fermé car il était dans un état léthargique.

Plus récemment, la fermeture du centre qui est sur tous les lèvres est due à la vétusté des bâtiments. En effet, les deux unités de soins du centre sont toujours abritées dans les bâtiments datant de la création du centre. Ces bâtiments ont été réfectionnés plusieurs fois

mais cette fois-ci, ils ne tenaient plus et laissaient passer l'eau au niveau de la dalle ; ils pouvaient s'écrouler à tout moment, même le passage des véhicules les faisaient trembler. C'est dans cet état qu'une inspection a été dépêchée suite aux plaintes du major d'alors. L'équipe d'ingénieurs vint au lendemain d'une grande pluie et ils ont constaté l'état des bâtiments et ont ordonné leur évacuation en urgence. Pendant la constitution des nouveaux bâtiments financés par le fond Fadec en 2015, le centre a été fermé. Les autorités ont alors demandé au personnel de se redéployer dans les CSA environnants, un groupe a obtempéré mais une autre partie du personnel est restée sur place pour prendre en charge les patients dans le compte du CSA Adjintimey.

Ces événements constituent les événements majeurs qui ont marqué la vie du CSA Adjintimey, elles peuvent d'une certaine manière discréditer le centre.

Figure n°04 : Dessin indicatif du Centre de santé de Adjintimey et des UVS



Source : Lasma, Janvier 2019

Quant à l'histoire de la localité, on retient en somme que :

Encadré n°01 : Histoire d'Adjintimey

[...] Agbénam, un watchi de Comè était venu s'installer le premier dans la localité à cause de son activité, la chasse. Il fut suivi par son neveu qui a commis une faute et fuyant la sanction a trouvé refuge chez son oncle. L'oncle l'installa près d'un cours d'eau vers Aïnahoué_ il existe toujours_. Dans ce cours d'eau, divers animaux venaient s'abreuver, il reçut l'autorisation d'y chasser et même de s'y installer. Un jour, le neveu dans ses recherches tomba sur unealebasse qui flottait à la surface de l'eau ; il s'empessa pour la récupérer et il l'ouvrit. Il y découvre des perles de diverses couleurs et formes ; le fâ a été consulté pour connaître l'origine de cettealebasse.

Alors, laalebasse répondit au travers du fâ qu'ils ne l'auraient pas ouverte ; qu'ils sont tombés dans sa chose, c'est de là que vient le nom de la localité : Adjintimey. Une première version associe ce nom aux perles et à laalebasse. « édjenou » qui signifie perle et « tré » qui signifiealebasse donc « édjenou tré mey » qui veut dire littéralement les perles dans laalebasse. Une seconde version associe le nom Adjintimey à la révélation du fâ selon laquelle laalebasse affirme « édjin ntchè mey » ce qui signifie littéralement « vous êtes tombez dans ma chose.

Référence : Entretien avec une autorité locale

Source : Données de terrain, Janvier 2019

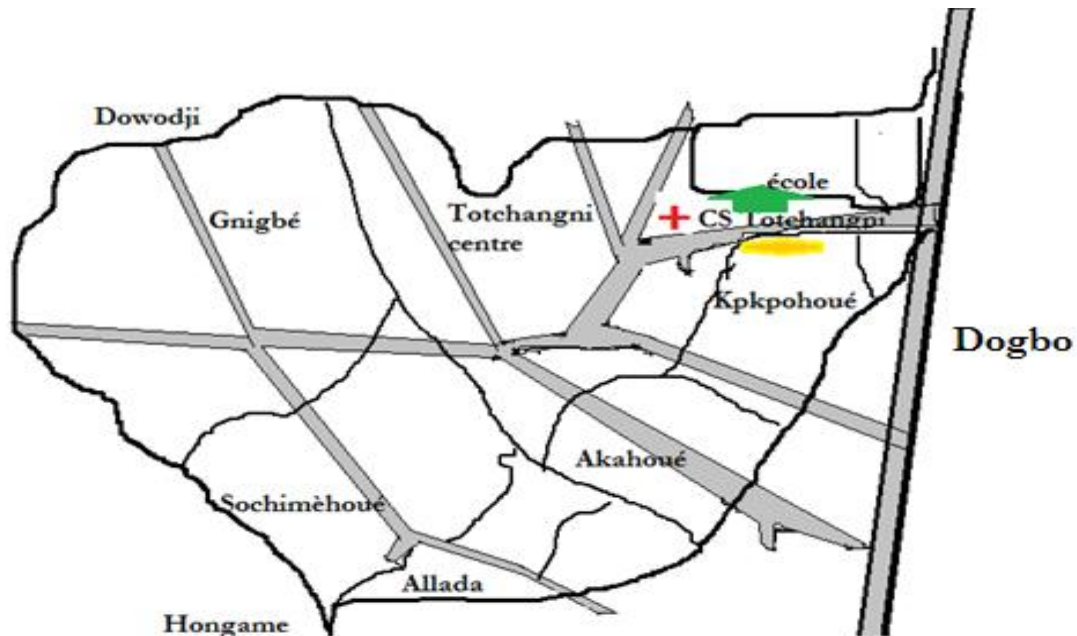
✓ *Totchangni*

L'histoire de Totchangni, un arrondissement de la commune de Dogbo ainsi que celle du CSA ont été documentées auprès des autorités locales et des notables de la localité. Concernant, l'histoire du CSA, les notables et autorités locales racontent que pendant la période révolutionnaire, pour qu'une école publique soit installée dans une zone, il fallait que les habitants de cette zone mettent au profit de cette installation un domaine de six hectares. Ainsi, en 1980, pour que Totchangni dispose d'une école primaire publique, plusieurs collectivités se sont regroupées et ont donné chacune une portion de ses terres. C'est ainsi que Totchangni se verra doté d'une école primaire et de bureaux d'arrondissement. En 1996, Totchangni bénéficia d'un projet de construction de centre de santé. Mais, les élus d'alors avaient voulu détourner ce projet pour le village d'Allada au lieu de Totchangni-centre (chef-lieu du département) où il devrait être installé.

Cette situation va générer un conflit au sein des populations. Pour calmer ce conflit, les intellectuels et autorités de la localité vont en contrepartie s'accorder sur la construction du collège d'enseignement général de Totchangni dans le village d'Allada afin de ramener le projet de construction du centre de santé dans le chef-lieu ; à Totchangni-centre. Le collège d'enseignement général sera alors installé à Allada. Bien que situé à Allada, il sera nommé jusqu'à nos jours CEG Totchangni. Les six hectares de l'école primaire publique n'ayant pas

été totalement exploité, le centre de santé y sera construit en 2012 ; donc sur le domaine administratif de Totchangni-centre, en face des bureaux de l'arrondissement.

Figure n°05 : Dessin indicatif du Centre de santé de Totchangni



Source : Lasma, Mars 2019

Comme l'indique le dessin le CSA de la localité est mitoyen à l'école primaire ; ces infrastructures sont tous deux situées à l'entrée de l'arrondissement à quelques mètres de la voie bitumée intercommunale (Dogbo-Toviklin).

Concernant la localité, l'histoire révèle que

Encadré n°02 : Histoire de Totchangni

[...] Originaires de Djakotomey, les premiers habitants de Totchangni étaient en fuite face à une épidémie qui sévissait et qui faisait de nombreux morts à Lokouigbédjamey _leur village d'origine_. Ces derniers dans leur fuite vont trouver refuge à Dogbo. Issan, fondateur de Totchangni sera le premier homme à s'y installer. Il sera rejoint par ses trois frères Médéto, Amouzou et Oudjo ainsi que par leurs familles respectives.

Ayant retrouvé une terre d'accueil où ils avaient élu résidence en toute quiétude, Issan déclara, « *Je mets mon oreille contre terre ici, loin de nous désormais le malheur [épidémie] de notre terre d'origine* ». Cette phrase donnera à leur terre d'accueil jusqu'à nos jours le toponyme Totchangni qui signifie oreille contre terre. En ajagbé¹, la locution Totchangni composée de « to » qui veut dire oreille et de « tchangnin » qui veut dire contre terre, signifie littéralement oreille contre terre. Les descendants de cette fratrie seront des années plus tard les grandes collectivités de Totchangni.

Il s'agit respectivement des collectivités Médéto, Amouzou, Oudjo et Issan. Mais, la collectivité Issan est de nos jours, selon les discours recueillis, celle minoritaire.

Référence : Entretien avec une autorité locale

Source : Données de terrain, Mars 2019

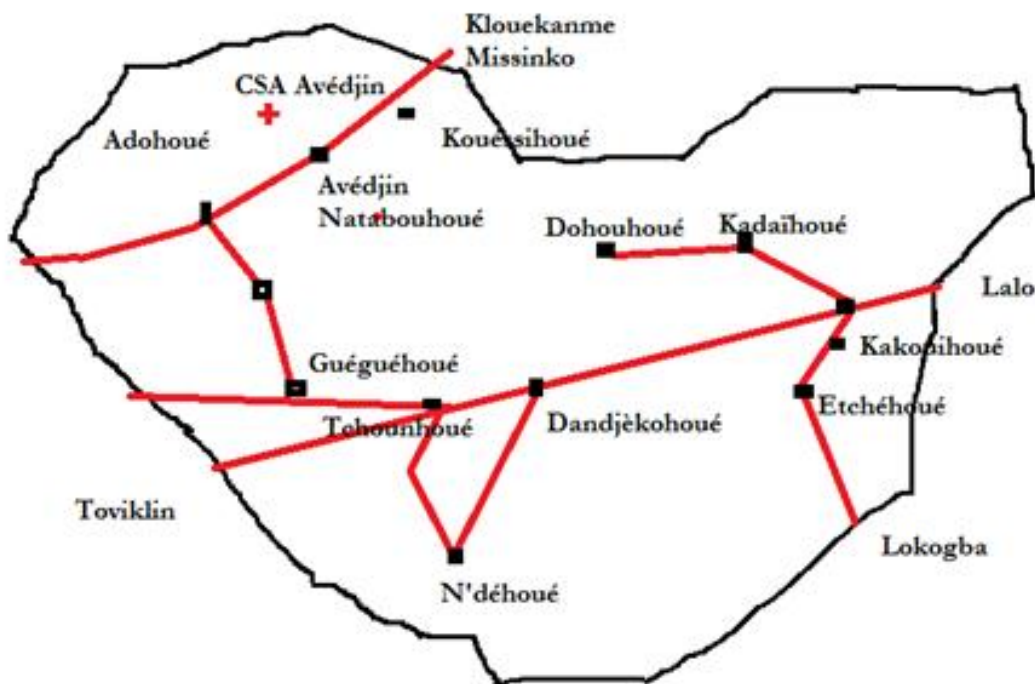
✓ Avédjin

Le centre de santé de Avédjin dans la commune de Toviklin est un don du feu Dr. Faustin Natabou diplômé en pharmacie, un des fils d'une des grandes collectivités d'Avédjin, avait une clinique installée à Avédjin ; précisément dans le village de Natabouhoué. Cette clinique était dénommée *Centre Socio-Sanitaire Banonsi* et était le seul endroit à Avédjin où les habitants pouvaient se rendre pour des soins de santé. Politicien à cette époque, Président du Parti politique MDA (Mouvement du Développement et de l'Avenir), ce dernier fut Directeur Départementale de la Santé (DDS) sous le régime du premier du Président Mathieu Kérékou (I). Un projet de construction de centre de santé public sera établi au profit de Avédjin. Il avait été prévu que ce centre de santé public soit installé à Tohouhoué, Chef-lieu d'Avédjin ; mais, le Docteur Faustin Natabou par un jeu politique fera transférer la construction du centre de santé au profit de son village natal Natabouhoué.

« Le centre devrait rester à Tohouhoué ; mais Mr Natabou Faustin l'a déjoué et a préféré transformer sa clinique privée en centre de santé public pour qu'au moins le centre soit dans son village. »
(Membre COGECS_ Entretien CSA Avédjin_ Mars 2019)

Puisqu'il fallait trouver un domaine où installer le centre de santé, le Docteur Faustin Natabou fit don de sa clinique, acte de donation pour l'installation du centre de santé public. C'est ainsi que la Clinique privé du Docteur Faustin Natabou sera transformée en centre de santé public d'Avédjin. Jusqu'à nos jours il est le seul centre de santé public d'Avédjin

Figure n°06 : Carte sanitaire de Avédjin



Source : Lasma, Mars 2019

Concernant l'histoire de la localité, un notable nous raconte que leurs :

« [...] ancêtres viennent de Agonmey au Togo. C'est la recherche de terres cultivables et les petits conflits familiaux qui les ont fait quitter leur terre pour une destination inconnue. Ils ont transité par Dèvé, Gnanvo et Koutimey avant d'atterrir dans une grande forêt. C'est pourquoi ils ont nommé le village Avédji en ajagbé qui signifie sur la brousse ou dans la forêt. C'est les blancs qui ont changé le nom en avédjin à cause de leur accent. Cette forêt était ici. C'est ça qui est devenu notre village. Nos parents se sont installés là et ont donné le nom d'avédji [devenu avédjin] à cet endroit qui veut dire comme j'avais dit en langue Ajà sur la brousse. » (Entretien_ Notable_ Avédjin_ mars 2019)

✓ *Gnizoumey*

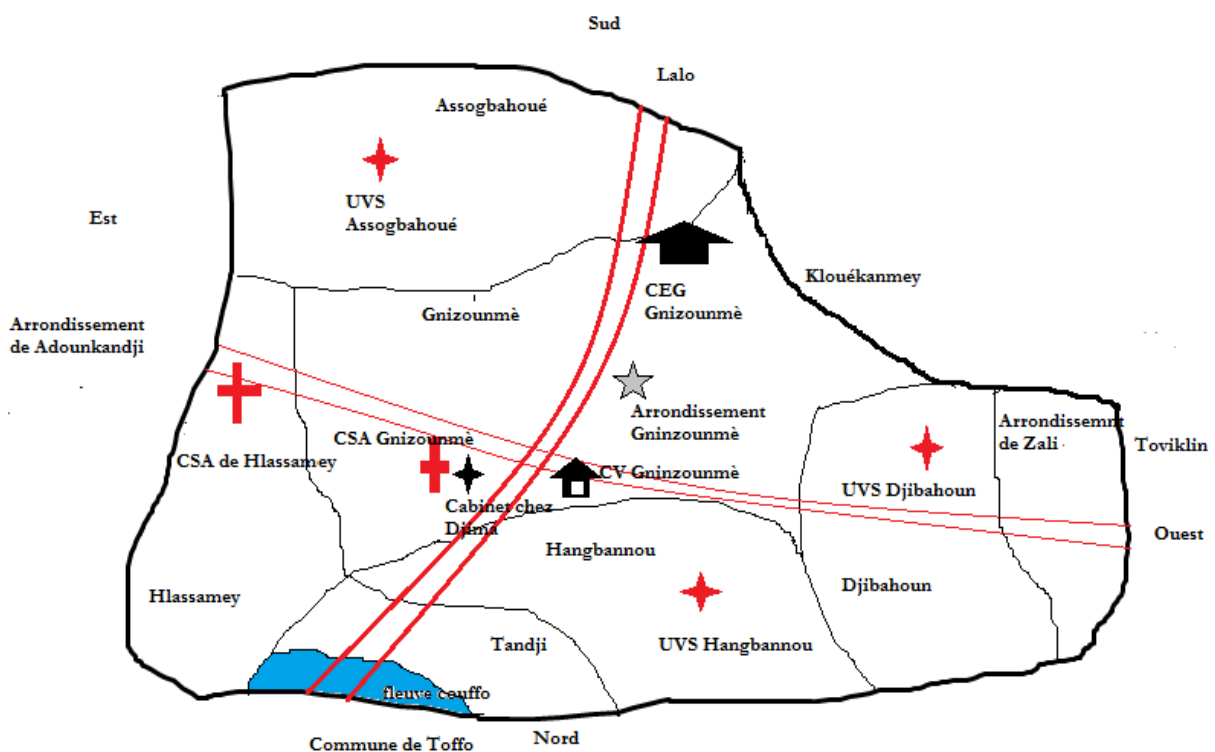
Le centre de santé de Gnizoumey dans la commune de Lalo est construit sur un terrain qui fut arraché de force à la famille Dodo pendant la révolution en 1976 par le régime en place ; sa superficie était de quatre (04) hectares. Après la révolution, tous les domaines arrachés de cette manière ont commencé par être repris et/ou vendus par les héritiers pour la plupart. C'est ainsi que le domaine réservé pour la construction du centre a commencé par être morcelé et vendu à des particuliers jusqu'au début des années deux mille (2000).

La construction du CSA a été effective au début des années deux mille (2000) après la présentation d'acte de donation dûment signé de l'un des fils du propriétaire Dodo Hognon. En moins d'un an le CSA a été construit mais son inauguration a été faite en 2011 ; dans un

premier temps les bâtiments abritant les deux unités de soins ont été construites ainsi que le logement du responsable du centre. Cette construction a été financée par le budget national par le biais du ministère de la santé ; le CSA Gnizounmè a bénéficié de la construction d'une clôture bien après en 2016 sur financement des fonds FADec. La paillote qui est en construction sur la cour du centre est une initiative des fils de la localité par le biais d'une association.

Depuis la création du CSA deux agents qualifiés n'y ont jamais travaillé simultanément. Le centre a démarré avec un agent qualifié assisté des matrones récupérée et formée par un programme de Plan-Benin ; une ancienne matrone y travaille toujours. Plusieurs responsables se sont succédés à la tête du centre ; hormis la première responsable qui a fait trois (03) ans à la tête du centre tous les autres ont fait au plus un (01) an.

Figure n°07 : : Dessin indicatif du Centre de santé de Gnizoumey



Source : Lasma, Décembre 2018

Quant à la localité, elle a une histoire très intéressante, une autorité locale nous l'a raconté :

Encadré n°03 : Histoire de Gnizoumey

[...] Les fils de princesses dans la culture d'Adja Tado ne sont pas habilités à monter sur le trône ; ainsi Zéhounou se l'est vu refuser quand l'envie l'eut pris. Enervé, humilié et déçu par cette tradition, il décida de partir. Avec ces compagnons, il s'installa à Ajà-Honmey dans la commune de Kloukamey ; il engendra plusieurs fils et filles dont Dédjè qui est le père de Faton. Faton décida de voler de ses propres ailes et quitta son père. Il s'installa un peu plus loin à Zaphir ; il fût un chasseur réputé et transmis cet art à ses enfants dont : Agbossou, Togoh, Daklan, Sowanoudé, Kohoudé, etc.

Parmi les fils, il avait Agbossou qui aimait aller loin pour chasser ; un jour dans ses recherches, il est tombé sur un endroit plein de bisons (gnin). Alors chaque fois qu'il voulait y aller chasser, il disait à ces proches qu'il allait dans la forêt des bisons (Gnizoumey). A force d'y chasser, il remarqua que la terre était fertile donc favorable à l'agriculture et en même temps à la chasse, vu l'abondance des animaux, surtout des bisons à cet endroit. Il alla porter la nouvelle à ces frères et sa décision de s'y installer définitivement ; la majorité de ces derniers le suivirent. Ils s'y installèrent tous et commença par se multiplier.

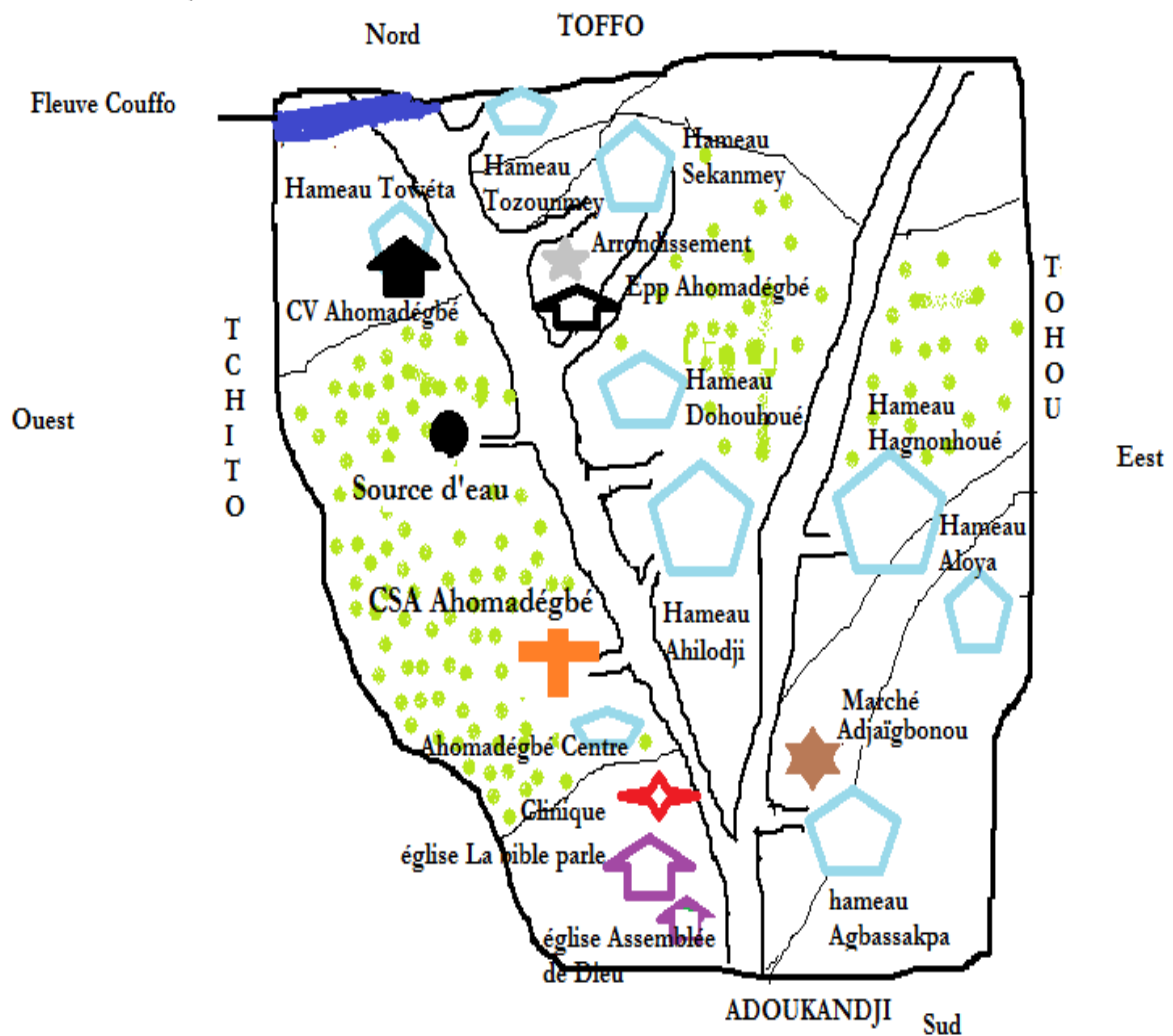
Référence : Entretien avec une autorité locale

Source : Données de terrain, Décembre 2018

✓ *Tchi-Ahomadégbé*

Quant à Tchi-Ahomadégbé dans la commune de Lalo, son centre de santé a été installé par les colons à leur arrivée au Dahomey en 1950, l'école quant à elle est venue un peu plus tôt (1947). Ayant voulu que ces infrastructures soient installées à proximité de son lieu de résidence, le chef canton d'alors les installa à Towéta, un ancien hameau de Ahomadégbé, où il résidait. Au moment de la construction du bâtiment définitif fut érigé en 1953, le centre de santé sera déplacé de Towéta pour Ahomadégbé-centre ; où il demeura jusqu'à ce jour

Figure n°08 : : Dessin indicatif du Centre de santé de Tchi-Ahomadégbé



Source : Lasma, Janvier 2019

L'histoire de la localité se présente comme suit :

Originaires de Ajà-Tado, plus précisément de Athiémey au sud du Bénin (Dahomey d'alors), les tout premiers habitants de Tchi-Ahomadégbé étaient des frères. En fuite de Athiémey à cause des guerres pour la conquête des terres au Dahomey, ces derniers vont migrer au sud-est du pays dans le but de trouver refuge sur une nouvelle terre. Les Adja furent leurs premiers hôtes. Ces derniers seront confondus aux goun¹ par les adja qui nommeront le lieu de leur première installation Goun Loko. Mais, rattrapés encore une fois par la guerre, les cinq frères et leurs familles se trouveront dans l'obligation de se séparer. Les uns s'installeront à Badji et les autres à Fandji. En raison de l'indisponibilité d'eau dans leurs nouveaux lieux d'installation, Djossou- Atandjangoun, un des cinq frères sera attiré par le fleuve Couffo. Cette attirance l'amènera à s'installer dans une zone proche du Couffo. Il sera rejoint très tôt par ses autres frères et leurs familles. Vu le confort et l'assurance qu'ils ressentaient désormais dans cette nouvelle zone, Djossou- Atandjangoun, déclara : « Nous sommes fatigués de fuir ; maintenant que nous nous sommes installés sur cette terre, seul le roi pourra nous ordonner de partir ». C'est de cette phrase que naîtra le toponyme Tchi-Ahomadégbé porté aujourd'hui par l'arrondissement. Ce toponyme, dans la langue locale, le Tchi, est composé de deux expressions. Il s'agit de Tchi et de Ahomadégbé. L'expression « Tchi » qui est le diminutif de étchiko renvoie à l'état de fatigue ; en référence au fait qu'ils étaient fatigués de fuir la guerre. L'expression « Ahomadégbé », signifiant littéralement « si le roi n'ordonne pas », est composé de « **aho** » qui est le diminutif de « **ahossou** » ; c'est-à-dire « roi » et de « **madégbé** » qui signifie « n'ordonne pas ». Ainsi, « Tchi-Ahomadégbé » signifie littéralement « **si le roi n'ordonne pas** ».

Référence : Entretien avec une autorité locale

Source : Données de terrain, Janvier 2019

Ainsi, les toponymes de ces divers villages et quartiers de ville ne sont pas choisis au hasard, ils ont un rapport soit avec la terre d'accueil ou soit avec la situation qui justifie leur installation sur cette terre. Aussi remarquons que, les migrations des populations sont souvent justifiées par la recherche de meilleures conditions de travail ; ceci témoigne quelque peu de l'attachement de ces populations à leur travail, essentiellement manuel qui nécessite aussi plus de main d'œuvre dès la genèse de leurs histoires.

Mais, Naepels (2017), après avoir pris en compte les résultats de recherche de certains chercheurs (Barney Cohn, Jean Comaroff, John Comaroff et Terry Turner) trouve que prendre en compte le temps et la transformation est une autre manière d'aborder l'objet anthropologique et implique la possibilité de modifier les façons mêmes de penser la culture¹⁵. Ceci étant, prendre en considération l'histoire du milieu en associant la connaissance que l'on peut avoir d'un groupe social par l'expérience de terrain et le savoir sur son passé paraît bien mais il importe aussi d'intégrer le caractère évolutif de l'histoire et de la culture.

¹⁵<https://doi.org/10.1017/S0395264900036787>

Ainsi, dès la genèse, l'attachement de ces populations à leur travail, l'agriculture et la chasse en l'occurrence est bien visible et à travers les données du RGPH4, l'on note que cet attachement perdure. Mais en s'inscrivant dans la logique de Naepels (2017), il paraît opportun de se demander si ces travaux s'effectuent dans les mêmes conditions qu'hier. Et dans le cas où, il y a changement comme ceci est susceptible d'influencer l'adoption des méthodes de contraception médicale.

- **Au plan socioculturel**

Sur le plan socioculturel, le panthéon local est constitué des divinités des cultes *vodun* ; du christianisme, les chrétiens catholiques, célestes et évangéliques surtout ; l'islam est timidement présent.

Les adeptes des cultes *vodun* sont assez représentés au sein des *ajà-fon* du Couffo. Ils sont des garants selon les discours d'une tradition/ croyances datant de plusieurs décennies. Au sein de cette congrégation, il y a des dignitaires de culte qui constituent des guides spirituels ; ils sont aussi pour la plupart des praticiens de la médecine traditionnelle (PMT)¹⁶. Ces PMT sont les acteurs qui proposent souvent des produits locaux relevant des méthodes de contraception naturelles aux populations (Boutter, 2015).

Les chrétiens sont aussi fortement représentés au sein des *ajà-fon* du Couffo. On distingue, les chrétiens célestes, catholiques et surtout évangéliques. La religion islamique est plus représentée par les étrangers : éleveurs transhumants, les marchands d'articles divers originaires du nord- Bénin ou nord-Togo ou du Niger appelé *baba*.¹⁷

- **Au plan socioéconomique**

Les populations du département du Couffo, suivant les données du troisième recensement (RGPH4) s'occupent essentiellement de l'agriculture, l'élevage et la pêche (68,0%). Cette branche d'activités « agriculture, pêche et chasse » domine dans toutes les communes où elle est exercée par plus de six ménage sur dix sauf à Dogbo où elle est exercée par (49,6%) des ménages. La commune de Lalo (80,8%) est celle dans laquelle elle est plus pratiquée. La branche d'activité "commerce, restauration et hébergement" et la deuxième branche d'activité qui occupe les ménages dans les communes avec celle de Dogbo (18,5%) et Toviklin (13,5%) en tête. Enfin, la branche d'activité « Industries manufacturières » y est exercée dans une

¹⁶ Suivant l'appellation officielle du ministère de la santé qui regroupent les guérisseurs, les phytothérapeutes, et autres.

¹⁷ Ces informations sont tirées du dernier recensement de la population et de l'habitat RGPH₄ (2013) et des observations effectuées sur le terrain.

moindre mesure. La commune de Dogbo s'affiche particulièrement avec les fortes proportions de ménages exerçant dans la branche "commerce, restauration et hébergement" et "autres services" : respectivement (18,5% et 12,2%)¹⁸.

Ces données ont été recueillies par l'INSAE, il y a moins d'une décennie, elles ont certainement évolué mais des données recueillies sur le terrain dans le cadre de cette recherche, nous avons pu constater que l'agriculture et la commercialisation de ces produits demeurent les activités prépondérantes du milieu. Ce département constitue selon les données de l'INSAE et les observations faites sur le terrain, un des principaux greniers du pays. D'où la sollicitation de plus d'acteurs, main d'œuvre pour faire tourner le secteur. Alors une question vient à l'esprit du profane, du secteur agricole est-ce que la contraception médicale, telle comprise sur le terrain, synonyme de limitation des naissances arrange-t-elle le département du Couffo ?

- **Au plan sanitaire**

Avec ses 6 communes, 50 arrondissements, le département du Couffo dispose de 2 zones sanitaires, de 64 centres de santé, 7 dispensaires et 7 maternités. L'accès à l'eau potable semble poser encore d'énormes difficultés aux populations. A peine 37,8% de ménages seulement ont accès à l'eau potable selon le RGPH-4. L'offre de soins se délivre dans les centres de santé d'arrondissement_ dans certains arrondissements, ils sont relayés par des unités villageoises de santé(UVS) et au niveau des communes, il y a les centres de santé de communes (Cscm). Dans le département du Couffo, il y a deux hôpitaux de zone un par zone sanitaire ; ils constituent le niveau de référence sanitaire, le plus élevé du département.

Mais, il faut noter qu'à côté du système officiel de santé, il y a le système parallèle qui a perdu du poil de la bête suite aux dernières répressions intervenues dans le secteur obligeant plusieurs cliniques qui ne remplissaient par tous les conditions préalables d'exercice furent contraintes de fermer leurs portes. Mais la question qui mérite d'être posée est que se passe-t-il derrière ces portes closes ; les activités ont-elles réellement cessé ?

2.2- DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

Le dispositif qui a servi à collecter puis à analyser les données empiriques est brièvement décrit dans cette partie.

¹⁸ Données recueillies du cahier des villages et quartiers de ville, INSAE 2016

2.2.1- NATURE DE LA RECHERCHE

La présente recherche est développée suivant une approche qualitative, inductive et compréhensive. Au regard de la sensibilité du sujet dont il traite, la recherche s'est appuyée sur des outils méthodologiques assez souples qui s'adaptent au mieux aux réalités de ce terrain en vue d'éviter au maximum d'heurter les sensibilités. Et surtout de mieux comprendre les déterminants sociaux des représentations, des discours et des pratiques des différents acteurs sociaux en lien avec l'adoption des méthodes de la contraception médicale. Puisque selon Déslauriers (1992, 215-217) « la recherche qualitative est une recherche qui produit et analyse les données telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observables des personnes ». Ainsi, les techniques d'analyse documentaire, d'entretien et d'observation directe ont été utilisées pour la collecte des données.

Mais, les techniques à elles seules ne peuvent justifier le fondement qualitatif d'une recherche. Anadón (2006) à ce sujet nous apprend que, la référence exclusive à des techniques particulières est trop limitative. Subséquemment, « elle doit davantage être associée à des postures épistémologiques et théoriques privilégiant d'une façon ou d'une autre l'expérience et les points de vue des acteurs sociaux » (Anadón, 2006 : 6). C'est pour rester en phase avec cette démarche que dans ce mémoire, j'opte pour les « récits de pratique¹⁹ » développés par Jouthe et Desmarais(1993) des femmes ayant fait une expérience de la contraception médicale.

Il s'agit aussi, d'examiner le contexte du déroulement de l'expérience de soins contraceptifs, d'apprécier la démarche d'implication de l'entourage, le mari surtout, les attentes du couple ou de la femme, dans le cas d'une décision unilatérale, le vécu et de les arrimer avec leur statut de femme dans la société *ajà*. Le caractère rétrospectif de l'enquête et le statut de la femme en milieu *ajà* nécessitent que l'on comprenne certaines pratiques du passé. Alors, une attention particulière est portée sur leurs pratiques antérieures et le récit que les populations en donnent. Cela s'avère important car comme l'a signifié Monceau (2009).

« [...] prendre en compte le point de vue des sujets et les associer à certaines phases de la recherche (...) impliquent une construction méthodologique dans laquelle des accords sont passés entre les chercheurs et leurs partenaires « de terrain ». Les intérêts des uns et des autres ne se confondent pas davantage que leurs objectifs respectifs à coopérer » (Monceau, 2009 : 2).

¹⁹« Le récit de pratique se définit comme une narration, de type autobiographique, par l'intervenante sociale d'une série d'actes ordonnés chronologiquement, que celle-ci tentera d'arrimer, d'une part, à un ensemble de

De ce point de vue, à partir des discours rapportés, une description et une analyse sont faites de certaines activités qui n'ont pas pu être documentées au moment où elles se déroulaient. Les principales cibles de cette enquête sont présentées ci-dessous.

2.2.2- POPULATIONS ET INSTITUTIONS ENQUETEES

Le choix des populations et des institutions d'enquête s'est fait par induction au seuil de saturation de l'information recherchée sur les différents sites de recherche dans le Couffo.

- les **acteurs primaires (35)**, sur cette catégorie d'acteurs repose la recherche ; elle est constituée des acteurs à la base qui sont chargés de l'opérationnalisation des politiques de santé dont la contraception médicale. Trois sous-catégories la constitue : la sous-catégorie des femmes, celle des hommes et celle des agents de santé.
 - ✓ **sous-catégorie des femmes (19)** : elle est constituée des femmes vivant sous le toit d'un homme qui ont eu a adopté une méthode de contraception médicale_ sans ou avec l'accord de leurs hommes (07) ; celles qui y sont mais sans méthodes pour diverses raisons, choix personnel, refus du mari, peur des préjugés, etc. (10) ; celles qui sont divorcées ou en séparation momentanée, elles vivent dans l'espoir que l'homme reviendra (02) ;
 - ✓ **sous-catégorie des hommes (09)** : elle est constitué des hommes marié, à une ou plusieurs femmes qui ont accepté que ces dernières optent pour une méthode de contraception médicale pour diverses raisons (03) ; ceux qui s'opposent à l'adoption d'une méthode de contraception par leurs femmes (06) ;
 - ✓ **sous-catégorie des agents de santé (07)** : elle est composée des responsables des maternités visitées (06) et celui du Cscm Djacotomey (01). Avec cette sous-catégorie d'acteurs, nous avons pu comprendre les astuces, conditions et relation soignant-soigné, par lesquels ces agents mettent des femmes, qui manifestent le désir, sans que le mari ne puisse rien suspecter ; les expériences de complications vécues ;
- les **acteurs secondaires (07)** : elle regroupe les notables (04) et les autorités religieuses et/ou locales (03). Avec eux, les pratiques locales, passées ou présentes de contraception en milieu *adja* sont documentés ainsi que quelques constructions sociales développées autour des méthodes de contraceptions médicales. La technique de collecte de données

demeure l'entretien, mais l'observation directe a été associée pour une meilleure compréhension ;

- les **acteurs tertiaires (02)** elle est constituée des autorités départementales de la santé, le directeur et un de ses proches collaborateurs. Les données recueillies à ce niveau sont plus d'ordre documentaire.

Tableau I : Récapitulatif des catégories d'acteurs, leurs effectifs et les techniques

N°	Catégories d'acteurs	Sous-catégories d'acteurs	Effectif	Technique utilisée
01	Acteurs primaires	Femmes mariées	19	Entretien + observation
		Hommes mariés	09	Entretien + observation
		Agents de santé	07	Entretien + observation
02	Acteurs secondaires	Notables	04	Entretien + observation
		Autorités religieuses et locales	03	Entretien + observation
03	Acteurs tertiaires	Autorités départementales de la santé	02	Entretien + observation
Total			44	

2.2.3- Déroulement de la collecte

L'enquête de terrain s'est déroulée en deux phases ; pendant la première phase, les outils ont été testés et la deuxième phase a consisté en l'enquête intensive auprès des catégories d'acteurs concernées.

La collecte des données s'est déroulée du mois de décembre 2018 à avril 2019. Les étudiants, chargés de la collecte font des immersions d'une à deux semaines dans le milieu, ayant pour point focal, le centre de santé. Après avoir parcouru deux centres, l'équipe de recherche se retrouve pour faire le point et le traitement des données recueillies en vue de mieux planifier la prochaine immersion.

- **Méthodes de collecte**

La plupart des entretiens ont duré en moyenne une heure (1h). Les entretiens ont permis de recueillir à travers des discours, les pratiques et les logiques, les constructions sociales, autour des méthodes de contraception médicale. Ils ont permis aussi de documenter les méthodes dites *naturelles* de contraception ainsi que le rôle et l'implication de chaque acteur, hommes et femmes, dans les deux types de contraception. Les recherches documentaires sont aussi mises à contribution, pendant tout le temps qu'a duré l'enquête, élaboration des outils, pré-enquête et l'enquête proprement dit, et la rédaction des divers documents marquant la fin de celle-ci. Il faut noter que les entretiens, semi-structurés, organisés sont individuels ou en groupe.

Aussi, des données sont recueillies au travers de l'observation ethnographique, qui a permis d'avoir des compléments d'information sur les pratiques, les rapports de dominations entre hommes et femmes, etc., dans les ménages et au centres de santé même dans les rues des villages et quartiers de villes parcourus.

Le traitement des données collectées est fait de façon manuelle. L'analyse s'appuie sur les techniques classiques utilisées dans une recherche qualitative. Elles sont présentées dans la section suivante.

- **Traitement et analyse des données**

La phase du dépouillement et de traitement des données recueillies a succédé à celle de l'enquête de terrain. Les matériaux d'enquête, entretiens, notes de terrain, observation, que Moreau (2010) désigne par le vocable *l'univers du discours*, ont été transcrits et saisis à l'aide du logiciel Word 2013. De façon manuelle, ces données ont été regroupées par thématique suivant les différentes articulations des guides d'entretien. Les données qualitatives collectées ne sont pas quantifiées.

L'analyse des données s'inscrit dans une démarche compréhensive. Elle porte sur les différentes formes d'interactions résultant du rôle de chaque élément du système-couple dans l'adoption d'une méthode de contraception médicale ou naturelle. Les méthodes classiques d'analyse de données, à savoir celles relatives à la triangulation et au recoupement des informations, sont utilisées. Elles ont permis de confronter les informations reçues des différentes sources. Du corpus produit, des verbatim sont sélectionnés pour illustrer les faits décrits ou analysés. Elles sont exploitées pour la rédaction des différentes parties de ce mémoire. Dans le cadre de cette recherche quelques difficultés sont rencontrées. Elles se présentent comme suit.

- **Difficultés rencontrées**

Les difficultés sont inhérentes à la vie donc à toute entreprise humaine ; dans le cadre de cette recherche, celles rencontrées sont liées essentiellement au contexte du déroulement de l'enquête.

La première difficulté est la *réticence du début des enquêtés*. La collecte des données étant faite au lendemain d'une répression dans le secteur de vente illicite de médicaments et celui informel de prestation de soins, les enquêteurs sont perçus comme des agents chargés de la répression.

Aussi, l'état des voies et le manque de moyen de déplacement personnel à l'équipe ont engendré quelques *souçons de retard* dans le planning. Les voies d'accès dans la majorité des villages et quartiers de villes visités sont défectueuses. Rendant ainsi, les trajets compliqués mais il faut noter que la période de l'enquête, saison sèche, a permis que l'équipe puisse se rendre dans certains villages comme Tchi-Ahomadégbé malgré l'état des voies d'accès. Aussi le déplacement de l'équipe d'un village à un autre fut un peu complexe, le moyen de déplacement pose souvent problème. Il faudrait négocier, avec le gardien du centre de santé ou un jeune du milieu qui dispose d'une vieille moto, à l'avance. Mais dans ce cas aussi, l'on s'arme de patience puisque le propriétaire du moyen de déplacement, souvent, vaque souvent à ces occupations. Aussi, vu le nombre d'enquêteurs, il faudrait mobiliser au moyen deux motos et là naît encore un autre casse-tête. Ces difficultés d'ordre logistique, qui sont connues des enquêteurs, mais dont les contours varient en fonction du terrain de recherche, influent des fois sur l'agenda de l'équipe.

Concernant, le sujet de la contraception, le rapport de domination et les constructions sociales existant autour de la sexualité cristallisent souvent les entretiens alors, il faille négocier avant de trouver la porte d'entrer de la discussion. En effet, le sujet de la gestion de la sexualité, la sexualité étant, un sujet tabou, semble bousculer un peu les mœurs. Parler d'un sujet aussi intime avec une étrangère, ne semble pas un exercice facile. Mais, mon statut de femme en âge de procréer, donc sujette aux mêmes fluctuations que les enquêtées, détend souvent l'atmosphère. Mais lorsqu'un homme apparaît dans ce cercle féminin tout semble se cristalliser à nouveau, il faille alors trouver des astuces, aller acheter à manger ou les aider dans des tâches domestiques, etc., pour rencontrer les femmes en l'absence des hommes. Aussi, dans un cercle d'hommes (focus group hommes), les enquêtés ont tendance à ramener la discussion à la sexualité, dans l'intention de mettre mal à l'aise l'enquêtrice ou ils commencent par faire des remarques un peu déplacées à l'endroit de celle-ci. Cette situation

se dénoue souvent par l'homme de l'équipe de recherche qui prend à la relève et restructure les échanges ou bien souvent un individu, souvent le plus âgé ou le plus respecté, du groupe, ramène ses paires à la raison.

Mais toutes ces difficultés de divers ordres ont été surmontées et les données ont été collectées. La deuxième partie du présent document expose les résultats qui en découlent.

- **Limites**

La présente recherche n'est pas sans limites. La première limite et qui est propre à toutes les recherches qualitatives constitue l'extrapolation ; la présente recherche ne peut être extrapolée à tout le Couffo bien que l'échantillon est assez représentatif de la population mère. Aussi, la qualité d'une relation en se référant au modèle d'analyse se mesure sur de nombreuses dimensions ; certes, il y a des signes qui ne trompent pas. Mais il convient de noter que les mesures de la qualité de la relation et de la pratique contraceptive reposent sur l'auto déclaration, sujette au biais de désirabilité sociale. En ce qui concerne la qualité de la relation, les participants ont peut-être eu peur ou honte d'exprimer des sentiments négatifs, surtout s'ils pensaient que leur partenaire risquerait de l'apprendre.



Deuxième partie :
D'UNE STRATEGIE DE SOINS A UN CHOIX
FEMINISTE

Toute situation de soin est une situation anthropologique, c'est-à-dire qui concerne l'homme inséré dans son environnement, tissé de toutes sortes de liens symboliques ; aussi l'approche anthropologique paraît-elle la mieux adaptée pour découvrir les personnes soignées et rendre significatives les informations qu'elle contient (COLLIERE, 1982).

Chapitre III : D'UNE RESPONSABILITE MASCULINE A UN CHOIX FEMINISTE

A toujours vouloir mieux, on finit par vendre l'ami du charlatan_ le faiseur du bô_ pour acquérir le sorcier.
Proverbe ajà-fon

Ce chapitre peut être considéré comme celui de l'histoire des pratiques contraceptives des *ajà-fon* du Couffo. Il expose quelques méthodes de contraceptives du milieu et les phases de transitions.

3.1- GESTION DE LA FECONDITE CHEZ LES AJANU, UNE RESPONSABILITE MASCULINE

La fécondité chez les *ajànù*²⁰ revête plusieurs sens et sa gestion constitue souvent une des plus importantes décisions dans le couple.

3.1.1- FECONDITE ET HONNEUR

La fécondité occupe une place de choix dans la vie du *ajà* ; elle constitue une valeur fortement recherchée dans les foyers. Diverses stratégies sont mises en place par les *ajànù* en vue d'accroître leur fécondité, le nombre d'enfants. A ce sujet, un agent de santé rapporte.

« [...] Les *ajà* aiment faire beaucoup d'enfants. Surtout s'il s'agit d'une famille polygame. Il y a une concurrence du nombre d'enfants entre les femmes. [...] Une femme sans enfant n'a aucun honneur ici. » (Entretien_ Agent de santé_ Adjintimey_ janvier 2019)

Ainsi, la fécondité constitue l'essence de la famille en milieu *ajà* et l'honneur d'une femme se mesure par le nombre élevé de ses enfants. Le positionnement de l'homme ainsi que son acceptation dans certaines instances de décision en est fortement lié.

« [...] Un homme qui a une femme est considéré comme un célibataire avec enfants. Il a des regroupements dont l'entrée lui est interdite. [...] Un homme accompli est celui qui à deux, trois ou quatre femmes avec plusieurs enfants ; celui-là se suffit. » (Entretien_ Autorité religieuse_ Ahomadégbé_ janvier 2019).

Ce verbatim montre en quelques sortes les critères de sélection des *hommes de distinction* du milieu. La fécondité demeure alors un déterminant dans la conquête du pouvoir en milieu *ajà-fon*. Puisque le groupe social ou société locale²¹ comme l'indique Bierschenk et Sardan (1998) constitue une arène sociopolitique, dans laquelle différents "groupes stratégiques" sont en confrontation, coopération et négociation permanente les uns par rapport aux autres.

²⁰ Natif du département du Couffo. Il faut noter qu'à la frontière entre les départements du Couffo et du Zou, il y a des locuteurs de la langue Fongbé, langue généralement parlée au sud du Bénin qui n'acceptent pas souvent qu'on les appelle *ajànù* mais plutôt *fonnù*. Mais dans le présent document la locution *ajànù* désigne toute personne native ou non, vivant dans le département du Couffo.

²¹ La société locale est le concept utilisé par Bierschenk et Sardan (1998). Dans le présent document société locale et groupe social s'équivalent.

Ainsi, la détention du pouvoir au sein du groupe social nécessite la qualification à quelques critères d'éligibilité. Les hommes *ajà* afin de faire partie de l'élite se conforme aux exigences. Il faut souligner que ceci confirme les observations faites sur le terrain sur la structuration de la majorité des familles dans la société locale *ajà*.

Une autre explication à cette pratique de fécondité abondante des *ajà* (nombre d'enfants élevé) constitue la recherche de main d'œuvre. Cette thèse a été développée par plusieurs chercheurs ayant travaillé dans les sociétés *ajà-fon* du Bénin (Azalou-Tingbé, 2015 ; Adjamagbo *et al.*, 2006 ; Delaunay, 1994 ; Guigou, 1992 ; Pelissier, 1966). Le département du Couffo demeure un des greniers du pays ainsi les enfants constituent une main d'œuvre abondante et bon marché comme le souligne Adjamagbo *et al.* (2006).

Dans le cadre du mariage, la fécondité reste largement valorisée. En effet, un nombre important d'enfants permet aux familles d'assurer une main d'œuvre pour les activités agricoles. En outre, les enfants sont autant de migrants potentiels qui contribuent largement à assurer la sécurité alimentaire de la famille (Adjamagbo *et al.*, 2006)

Ainsi, le souci d'une main d'œuvre abondante à moindre coût conduit les *ajànù* du Couffo à rechercher par diverses manières (la pratique de la polygamie vient en tête) une fécondité abondante qui constitue en même temps un critère d'éligibilité et d'accès à des cercles stratégiques de la société locale. Mais, la notion de sa gestion n'est pas absente des esprits. Suivant, les données recueillies sur le terrain, l'homme *ajà* a la responsabilité de planifier les naissances sous son toit et pour ce faire diverses méthodes lui sont proposées.

3.1.2- METHODES LOCALES DE CONTRACEPTION

L'un des attributs majeurs de l'homme *ajà* au sein du foyer selon les discours, c'est la gestion de la fécondité de sa ou ses femmes.

« Un homme doit savoir qu'il a enceinté sa femme, il doit le savoir à la minute même où celle-ci est fécondée. C'est ça la force de l'homme ajà. [...] Il dispose de plusieurs manières pour le savoir » (Entretien_ Notable_ Betoumey_ décembre 2018).

Ainsi, pour maîtriser la fécondité de son foyer, la société locale *ajà* fournit des "armes" à l'homme. Ces "armes" sont des productions locales issues de la médecine du milieu. Ils sont ce que plusieurs chercheurs appellent les méthodes de contraception naturelle (Jobin, 2008 ; Bouttier, 2015, Yala, 2010). Dans la société locale *ajà*, on distingue entre autre : le coït interrompu, l'abstinence forcée après accouchement ou la mise en jachère et les produits de la médecine locale.

- **Le coït interrompu**

Il constitue la première méthode naturelle que tous les enquêtés ont citée. Le **coït interrompu** ou la **méthode de retrait** ou la **méthode du saut en plein vol** consiste à se retirer (homme) de la femme avant éjaculation. C'est une pratique largement répandue, permet à l'homme de s'assurer que la femme n'a pas été ensemencée au cours du rapport sexuel ainsi pas de grossesse à l'horizon.

« [...] Cette méthode est naturelle et ne coûte rien du tout [...] mais là où s'est compliqué, c'est au moment du retrait. Cette méthode demande beaucoup de maîtrise de soi [...] Mais vous savez dans cette affaire [rapport sexuel], c'est compliqué de s'arrêter. » (Intervenant focus group hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018).

Comme l'illustre ces verbatim, c'est une méthode qui ne nécessite aucune dépense financière mais il demande un investissement personnel des deux partenaires_ principalement l'homme_. Cet inconvénient souligné par la majorité des enquêtés fragilise son efficacité aux yeux de ces derniers. Tout se joue au niveau de la difficulté qu'éprouvent les hommes en plein acte à se retirer à temps de la femme.

« [...] je n'aime pas cette méthode parce qu'elle empêche la jouissance des partenaires » (Entretien_ Usagère_ Adjintinmey_ janvier 2019)

Ainsi, le retrait de l'homme au moment de l'éjaculation est vécu par les uns et les autres comme un frein à la jouissance. Cette incommodité est soulignée la plupart du temps par les informateurs de sexe féminin qui semble ne pas trouver leur compte dans cette pratique contraceptive profusément répandue dans la société locale *ajà*.

- **La mise en jachère**

La deuxième méthode citée par les informateurs est la **mise en jachère** ou **l'abstinence forcée après accouchement**. Elle s'applique exclusivement dans les foyers polygames. La parturiente est mise au rebut par son mari pendant une période qui varie d'un an à trois ans pendant ce temps, sa ou ses coépouses s'occupe de ce dernier pendant qu'elle se concentre sur son enfant. En effet, du retour de l'hôpital, la femme rejoint sa chambre et n'a plus le droit de s'approcher de celle de son homme jusqu'à nouvel ordre. Elle se retrouve ainsi sevrer de toutes activités sexuelles, que le mari juge nuisibles d'ailleurs pour la santé de l'enfant. Cette méthode a pour avantage selon les discours recueillis auprès des informateurs _de sexe masculin en particulier_ d'assurer la bonne croissance de l'enfant puisqu'il a toute l'attention de sa mère et la récupération de celle-ci. Mais la mise en œuvre de cette méthode devient de plus en plus compliquée comme l'explique cet enquêté.

« [...] Avec les filles d'aujourd'hui si tu ne sais pas mettre en jachère, ton champ serait labouré tout de suite sous tes yeux. [...] L'appétit sexuel des filles de nos jours rend compliqué l'application de cette méthode. » (Entretien_ Notable_ Betoumey_ décembre 2018).

Ainsi, l'appétit sexuel dévorant des jeunes dames rend compliqué l'application de cette méthode de sevrage, de nos jours. Les hommes craignent de plus en plus qu'elles aillent voir ailleurs. En réponse à cette crainte des hommes, la période de la jachère est fréquemment réduite ; elle peut durer quatre ou six mois voire un an selon la capacité de la femme jugée par son homme de se contenir sexuellement.

- **Les produits de la médecine locale**

Après les deux méthodes, ci-dessus citées, d'autres produits sont cités par les informateurs. Ces produits sont des méthodes de contraceptives relevant des savoirs de la médecine locale ou faisant appel à des croyances. Par exemple, un fil en coton de couleur rouge attaché à la taille de la femme, sensé empêché des spermatozoïdes de féconder l'ovule de la femme ; cette méthode fait appel à des croyances. Ou quand les informateurs parlent de triturer la tige de plante de maïs stérile, qui ne porte pas de fruits, et le mélanger à d'autres décoctions pour couper la fécondité d'une femme.

« [...] J'ai des recettes naturelles pour espacer les naissances à base d'épis de maïs sans danger pour la santé » (Entretien_ Autorité religieuse_ Adjintimey_ janvier 2019)

Ces pratiques s'inscrivent dans une logique donnée et font appel pour la plupart à des croyances ; des perceptions y sont liées. Mais leur efficacité ne peut être appréciée par l'étranger²². Les utilisateurs attestent de l'efficacité de ces méthodes qui selon leurs dires est sans danger pour la femme qui en consomme, puisque les éléments constitutifs de ces produits sont naturels.

« [...] moi j'ai ma manière de faire. Par exemple j'ai dit que je vais mettre un écart de quatre ans quatre ans pour faire mes enfants mais je l'ai fait. C'est la maîtrise de soi c'est comme ça nos parents font. Ils savent que quand ils tiennent le rapport sexuel avec les mamans, ils ne doivent pas éjaculer dans leur sexe. » (Entretien_ Autorité locale_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Suivant cet utilisateur des méthodes de contraception locale, leur efficacité n'est pas à mettre en doute. Mais ce doute qu'il s'évertue à chasser de l'esprit du chercheur est déjà bien installé dans celui de ses congénères. En effet l'efficacité de toutes ces méthodes demeure mitigée au niveau de la société locale *ajà*. Une frange de la population, les utilisateurs de ces méthodes en l'occurrence attestent de leur efficacité mais d'autres acteurs de cette même société locale

²² Par étranger, nous désignons tout individu ou organisation hors du système de croyance duquel se relève la méthode. L'OMS ne pourrait alors discuter de l'efficacité de ces méthodes

demeurent sceptiques. Ces derniers sont partagés entre les sentiments de loyauté à des méthodes utilisées par leurs pères depuis la nuit des temps et celui du doute, semé dans leur esprit par la rencontre avec d'autres pratiques et discours, essentiellement occidentaux. Ainsi, ces méthodes qui, suivant les données empiriques, ont longtemps servi aux hommes dans la maîtrise de la fécondité de leur foyer sont aujourd'hui au centre des débats. Et mieux, ces débats sur l'efficacité des méthodes de contraception médicales ne sont pas initiés par les étrangers à la culture *ajà*. Ils se font entre les fils et filles de cette société locale dont la naissance à certainement été planifiée par l'une de ces méthodes naturelles.

Le ver est alors dans le fruit dira-t-on ou que ces derniers crachent dans la soupe après avoir mangé ? Mais pour une meilleure compréhension de l'actualité sur l'efficacité des méthodes de contraception, il paraît opportun de remonter dans le temps, par le biais de l'histoire, pour comprendre l'utilité originelle de ces méthodes.

3.1.3- BUT DES METHODES LOCALES DE CONTRACEPTION

Les méthodes locales de contraception jouent un rôle essentiel au sein des foyers *ajà* au-delà de la fonction planificatrice qui leur est collée.

- **Etiologie des méthodes locales de contraception**

Les méthodes de contraception naturelle sont étymologiquement des pratiques par lesquelles, l'homme exprimait son autorité dans son foyer par le contrôle de la fécondité de son ou ses épouses. Ainsi, ces méthodes ont pour but de permettre à l'homme de maîtriser la fécondité de la femme ; elles ne sont pas conçues à la base dans un souci de contraception mais plutôt de contrôle, de maîtrise de la fécondité de la femme par l'homme. Elles constituent aussi des canaux par lesquels, l'homme, chef de famille punit une femme qui désobéit à ses ordres.

« [...] Tu [homme] ne lui refuses pas le sexe mais tu te retires juste à temps pour qu'elle ne soit pas fécondée [...]. Elle voit ces coépouses porter des grossesses, accoucher mais elle rien. Personne ne lui dira avant qu'elle ne change de comportement. » (Entretien_ Notable_ Betoumey_ décembre 2018).

Un autre renchérit à ce sujet,

« C'est elle [femme] qui sait tout et dit tout, ce n'est pas grave. Tu [homme] prends ton mal en patience et elle accouche, tu fais le nécessaire et elle rentre à la maison [...] c'est trois ans après qu'elle verra la couleur de ta chambre si elle a la chance. [...] elle peut se plaindre où ? » (Entretien_ Notable_ Ahomadégbé_ janvier 2019).

Ainsi, au travers de cette méthode, la femme est stratégiquement punie. Ces méthodes constituent pour l'homme des codes à l'endroit de sa femme. Il revient à la femme de comprendre le message et de se ranger pour que la cohésion revienne. Ces formes de négociation de la vie conjugale constituent des garants de l'harmonie, de l'ordre sociale.

Ainsi, au-delà d'une fonction contraceptive, ces méthodes sont des outils qui matérialisent le rapport de domination dans le couple. C'est l'homme qui décide de quand avoir un enfant et avec qui l'avoir. Sans verser dans le féminisme, ce rapport de domination interpelle le chercheur sur un point essentiel, la place de la femme dans le foyer *ajà*.

- **Le rapport de domination dans le foyer *ajà***

Culturellement construits, les rapports de domination inhibent tout pouvoir décisionnel de la femme au sein du couple. La femme mariée vivant régulièrement sous le toit de son homme ne dispose d'aucun pouvoir tant sur les finances du couple que sur son propre corps. Plusieurs dispositions culturelles fondent une telle réalité et la dot donnée à la femme occupe une place de choix parmi elles. Son rôle socialement institué consiste essentiellement à produire les ressources consommables, à travers les travaux champêtres dans le ménage et les ressources humaines, à travers la reproduction. Cet ensemble de réalités renforce le rapport de domination homme et femme en ce qui concerne la planification des naissances dans le couple. Selon les informateurs, la dot exigée par les *ajà* avant d'épouser leurs filles est la plus grande disposition culturelle ayant conduit à ces rapports de pouvoir.

« [...] La dot chez les ajà est comme l'argent que vous amenez au marché pour acheter un produit. En payant la dot à votre belle-famille vous achetez en quelque sorte leur fille. »
(Entretien_ Autorité religieuse_ Ahomadégbé_ janvier 2019)

Ainsi dans l'aire culturelle *ajà*, la dot est considérée implicitement comme le prix d'achat de la femme. Cette dernière devient donc la propriété du mari qui l'a doté. Celui-ci est donc en droit d'exiger d'elle autant d'enfants que possible. Ces dispositions classiquement instituées continuent jusqu'à nos jours d'avoir leur poids dans cette société où selon les discours recueillis, la femme ne dispose d'aucun droit sur son corps. Les méthodes de contraception naturelle constituent ainsi de précieux outils dans l'affirmation de ce rapport.

Ce rapport selon Duze et Mohammed (2006) est très fort dans plusieurs pays en particulier ceux africains et la non prise en compte de ce paramètre dans l'élaboration des programmes de planification familiale est à l'origine de leur échec ; la minimisation de l'importance de l'homme dans les décisions de fécondité justifie le manque de succès de la contraception médicale en Afrique subsaharienne. (Duze et Mohammed, 2006). Face à cette analyse de Duze et Mohammed (2006), il paraît judicieux de questionner la constitution des méthodes de contraception médicale en Afrique subsaharienne.

3.2- OFFRE CONTRACEPTIVE ACTUELLE DANS LE COUFFO

Hormis les méthodes naturelles, l'offre contraceptive dans le Couffo s'est enrichie des méthodes de contraception importée. Dans cette section du mémoire, les méthodes contraceptives utilisées par les *ajànù* rencontrés sont exposées.

3.2.1- DISPONIBILITE DES METHODES DE CONTRACEPTION IMPORTEE DANS LE COUFFO

Les méthodes de contraception importée ou planning familial²³ sont un ensemble de dispositifs relevant de la biomédecine ayant pour mission phare d'aider les couples à espacer ou à limiter les naissances. L'adoption d'une de ces méthodes nécessite l'aide d'un agent de santé qualifié, médecins, sage-femme et infirmière. Ainsi, la disponibilité de ces méthodes contraceptives revête deux sens interdépendants ; la disponibilité des services (les produits contraceptifs) et la disponibilité du personnel qualifié.

- **Disponibilité des services**

Elle renvoie à la gamme de produits contraceptifs existant dans les fosa du Couffo. Les produits contraceptifs disponibles sur le terrain sont catégorisables en trois (03) groupes. Il s'agit des méthodes injectables, des implants et des pilules. Les agents de santé rencontrés citent souvent deux (02) autres catégories de produits que nous n'avons jamais vus sur le terrain. Il s'agit des préservatifs _ féminins et masculins_ ainsi que la méthode du collier²⁴, seule méthode « naturelle » supposée présent dans la gamme des méthodes contraceptives des fosa. Une autre méthode est aussi citée par les agents de santé ; c'est la méthode MAMA _ Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée_. Elle consiste en l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois après l'accouchement, ceci a pour but de retarder l'apparition de la première ovulation chez la femme. Cette méthode est immatérielle²⁵ donc son existence est difficile à prouver.

Les planches de photos ci-dessous montrent quelques catégories de méthodes disponibles dans les fosa du Couffo.

²³ C'est par cette expression que les agents de santé désignent les méthodes de la contraception médicale ; elles sont alors connues des *ajànù* sous cette appellation

²⁴ La méthode du collier est l'une des rares méthodes naturelles se trouvant dans la gamme des produits contraceptifs de l'ABPF, principale partenaire des fosa dans le domaine de la contraception. Cette méthode est une version simplifiée de celle dit du calendrier ; elle se base sur la maîtrise du cycle menstruel. L'inconvénient majeur de cette méthode est l'oubli. En effet, quand l'utilisateur oublie de déplacer l'anneau un seul jour, il met en péril tout le travail accompli ce mois. Il faudrait attendre un nouveau cycle pour reprendre.

²⁵ Pendant, la période d'immersion dans les fosa, l'équipe n'a jamais pu assister à une séance d'information ou d'adoption des méthodes de contraception médicale.



Planche de photos n°01 : des formes de pilules contraceptives
Source : Données de terrain_Couffo_ 2019



Planche de photos n°02 : des ampoules de produits contraceptifs
Source : Données de terrain_Couffo_ 2019



1



2



3



4

Planche de photos n°03 : diverses formes d'implants, (01) et (03) Jadelle, (02) implanon, (04) DIU_ Dispositif intra-utérine

Source : Données de terrain_ Couffo_ 2019

Ces quelques photos montrent les divers produits contraceptifs vus dans les fosa visitées. Leur adoption_ installation dans le corps de la femme_ fait appel à des compétences spécifiques.

- **Disponibilité du personnel qualifié**

La disponibilité des produits ne suffit pas à leur adoption ; elle nécessite les compétences d'un agent de santé qualifié. Ces agents de santé en dépit de leur qualification doivent encore être régulièrement formés par l'Etat béninois ou les organisations partenaires telles que l'ABPF, en vue de l'actualisation de leurs compétences au regard de la sensibilité du domaine

d'intervention, la gestion de la fécondité. Cette actualisation des connaissances de ces acteurs constitue une des recommandations des organismes internationaux tels que l'OMS (2016). Ainsi, l'adoption des méthodes de contraception médicale ne devrait pas être faite par n'importe quels agents de santé.

Mais la réalité du terrain est bien différente de cette recommandation. Dans la totalité des fosa visitées, les assistantes soignants des maternités sont formées sur le tas par les responsables de ces unités de soins et aident la plupart du temps, les femmes dans l'adoption d'une méthode contraceptive.

« [...] Il n'y a pas de personnel. En temps normal je devrais être secondée [...] A défaut du mieux, on se contente de ce qu'on a ; je ne peux pas tout faire seule. » (Entretien_ Agent de santé_ Avedjin_ mars 2019)

Cet extrait du discours de cet agent de santé pointe un problème crucial remarqué dans toutes les fosa visitées. Le secteur de la santé dans le Couffo manque de personnel, particulièrement le personnel qualifié. L'état béninois dans ce domaine a fait des efforts en recrutant au poste²⁶ pour fidéliser les acteurs mais tous les besoins ne sont pas encore couverts.

Cette politique de recrutement suivant les données recueillies sur le terrain et les informations fournies par l'un des cadres du DDS-Couffo a favorisé l'arrivée de jeunes agents diplômés dans tous les secteurs en l'occurrence celui de la santé. Cette situation a permis de résoudre théoriquement le problème de manque de personnel qualifié.

²⁶ Le recrutement au poste est une stratégie récente du gouvernement béninois pour fidéliser les agents à leur premier poste. En effet, lorsque les concours de recrutement pour le compte de la fonction publique sont lancés pour maximiser leurs chances de réussir, les acteurs vont dans les zones rurales ou périphériques aux grandes villes car dans ces zones, il n'y a pas trop de candidatures. Ainsi, en allant concourir dans ces zones, les acteurs ont plus de garantir d'être recrutés ; juste après leur admission, ils font tout pour revenir dans les villes. Cette situation a pour résultante l'abondance de personnel dans les villes et la carence dans les zones périphériques et surtout rurales du Bénin. L'état ayant compris leur manège a lancé sa politique de recrutement au poste. Elle consiste à ce qu'un agent recruté dans un village y serve pendant cinq ans quel que soit les conditions de vie et de travail et surtout quel que soit son sexe. Il faut souligner que suivant cette politique, la carrière de l'agent de santé commence et finit dans le département où il a été recruté.

Encadré n°05 : Recrutement au poste : avantages et inconvénients

[...] Avec cette politique nous arrivons à fidéliser les agents à leur poste, enfin il y a des brebis galeuses qui malgré les clauses de leur contrat veulent qu'on les affecte dans les centres villes. Mais la loi est claire, si entre eux, agents d'une même aire sanitaire, ils se comprennent pour se permurer les postes nous n'avons rien contre. Dans ce cas, c'est un arrangement interne que nous pouvons permettre. Ils sont bien informés que le non-respect des clauses du contrat entraîne l'annulation de ce dernier et pourtant ils s'entêtent des fois ou devrais-je dire elles s'entêtent puisque c'est avec les dames qu'on a souvent de ces genres de problèmes.

C'est elles qui trouvent souvent que le cadre de travail est impropre à leur épanouissement, leur bien-être, il n'y a pas d'eau courante, pas d'électricité, etc. Ou bien, leurs maris ne peuvent plus garder les enfants restés en ville, etc. [...]. Elles sont tout le temps en train de courir dans les bureaux de la direction pour d'éventuelles affectations. Certes, nous les comprenons mais nous ne pouvons rien faire. [...].

Cette situation nous le savons conduit plusieurs agents à être instable à leur poste mais nous y travaillons. [...]. C'est vrai que certaines zones ne sont pas vraiment faciles comme dans les Tchi surtout en saison pluvieuse. [...]. Nous avons vu la vidéo d'une sage-femme en poste là-bas qui est tombée et a eu une fracture au bras. [...]. Nous sommes désolés mais reconnaissez avec nous que les populations vivant dans ces zones ont besoin aussi des compétences de ces agents.

Référence : Entretien avec un agent DDS-Couffo

Source : Données de terrain, Janvier 2019

□

Du contenu de cet encadré, on retient que la disponibilité du personnel qualifié est au cœur des préoccupations ; des politiques sont élaborées en réponse à ce problème à l'instar du recrutement au poste. Mais en dépit des politiques mises en place, la question relative à l'instabilité des agents au poste ou du moins leur disponibilité en tout temps se pose avec acuité. Une autre raison justifiant cette indisponibilité des agents est le manque de logement pour le personnel dans l'enceinte des fosa.

Encadré n°06 : Disponibilité de l'agent et logement

[...] Lorsque vous construisez un centre et que vous arrivez à loger les gens [agents] dans le centre, ce n'est pas beaucoup de gens ou de personnes [...]. Si la personne est logée dans le centre, à zéro heure on peut venir trouver la personne dans le centre ; à deux heures du matin on peut venir se soigner [...]. Mais si on ne fait pas ça et que la personne va loger peut-être dans un autre centre, vous voyez bien qu'après une certaine heure, si vous allez chercher la personne [l'agent du CS], elle vient et vous rend le service, s'elle repart, le temps de revenir encore une autre fois, elle finira par vous dire, vraiment, j'ai des maux de tête. [...]. Donc ce qu'on a gagné dans ces centres que nous voyons performants, comme Madjrè et Totchangni, c'est parce qu'on a construit les logements et ces agents sont là 24h sur 24. Avec peu de choses on réalise de grandes choses ; parce que ces gens-là sont disponibles.

Référence : Entretien avec un agent de santé

Source : Données de terrain, Mars 2019

La disponibilité des agents suivant les informations contenues dans cet encadré est alors tributaire de l'existence des logements dans l'enceinte des fosa. Il faut souligner à ce sujet que dans toutes les fosa visitées au moins un agent qualifié est logé sur le site. Malgré l'existence des logements, les agents en l'occurrence ceux de sexe féminin sont absents par moment de leur poste. Elles partent souvent en week-end voir leurs enfants restés avec le mari ou les parents dans une autre ville et prolongent des fois leur séjour. Or, elles sont les responsables de maternité, unité de soins en charge de l'adoption des méthodes de contraception médicale dans les fosa du Couffo. Elles justifient leur absence souvent par l'éloignement de leurs familles.

« [...] Nous sommes en Afrique et en Afrique ce n'est pas la femme qui épouse l'homme. Pour ce fait, je ne peux pas exiger de mon époux de me suivre parce que l'Etat m'emploie. En plus, il a son boulot là-bas. » (Entretien_ Agent de santé_ Ahomadégbé_ janvier 2019)

Une autre renchérit

« [...] L'Etat m'emploie et m'éloigne de ma famille, de mes enfants. J'ai deux enfants de 12 ans et 7 ans, ils sont restés à Cotonou avec leur papa. Des fois, j'appelle à 23h et mes enfants n'ont pas encore mangé car leur père n'est pas encore rentré. » (Entretien_ Agent de santé_ Gnizoumey_ janvier 2019)

Une nouvelle recrue ajoute

« [...] Je regrette ma vie d'avant, je travaillais dans une clinique et je rentrais à temps pour faire à manger à mon époux et mes enfants. Je pouvais suivre l'éducation de mes enfants. Me voici à plus de 800 km d'eux, je ne sais même pas comment ils se débrouillent. » (Entretien_ Agent de santé_ Gnizoumey_ janvier 2019)

De tous ces verbatim, on note que la disponibilité des agents de santé dépend de plusieurs variables à prendre en compte pour la fourniture de services de santé en continu. Ainsi, l'adoption d'une méthode de contraception médicale dans les conditions requises suppose

plusieurs conditions à réunir allant de la disponibilité de tous les produits contraceptifs à celle des agents de santé qualifiés et formés sur l'utilisation de ces méthodes. Concernant, les réformes Sardan et Jaffré (2003 : 295) recommandent pour la compréhension de tel problème de santé publique de prendre le temps de séparer les réponses appropriées de l'émotion. Ils soulignent qu'il ne faudrait pas croire que la réponse se situe dans de « profondes raisons » des déterminants simples sur lesquels l'on pourrait agir facilement en évitant le piège de verser dans un jugement normatif. Les meneurs de la réforme des recrutements devraient repenser leur politique de recrutement en prenant en compte ces points essentiels soulignés par Sardan et Jaffré (2003) afin de répondre efficacement aux problèmes de santé des populations bénéficiaires. Mais l'aspect disponibilité à lui seul ne garantit pas la réussite du programme de contraception médicale ; il faudrait prendre en considération aussi l'aspect de l'accessibilité.

3.2.2- ACCESSIBILITE DES METHODES DE CONTRACEPTION IMPORTEE DANS LE COUFFO

La notion de l'accessibilité renvoie à la possibilité d'atteindre ou d'obtenir un service donné. Alors l'accessibilité des méthodes de contraception médicale renvoie au dispositif ou aux dispositions mis en place pour faciliter l'accès à ces méthodes. On peut ainsi parler de l'accessibilité géographique, financière, relationnelle, technique, etc.

- **Accessibilité géographique et technique**

La politique de santé adoptée dans le Couffo a permis à chaque arrondissement de ce département de bénéficier d'au moins une fosa. Le département compte 50 arrondissements contre 64 centres de santé mis à part les deux hôpitaux de zone, les Cskom_ centre de santé de commune_ ; certains arrondissements en plus des CSA_ centre de santé d'arrondissement_ ont des UVS_ Unité villageoise de santé. Les méthodes de contraception médicale sont disponibles dans tous ces fosa. Les voies d'accès de la plupart de ces fosa sont dans un état acceptable comme l'illustrent cette planche de photos ci-dessous ; ceci consiste un atout dans la fréquentation des fosa



Planche de photos n°04 : montrant la devanture de quelques fosa visitées

Source : Données de terrain_ Couffo_ 2019

Concernant l'accessibilité technique, elle renvoie aux plateaux techniques des fosa et surtout la disponibilité des intrants. Le plateau technique des fosa visitées dans le Couffo par observation semble plus ou moins répondre aux besoins de santé des populations mais les acteurs soulignent quelques carences dans sa constitution. Ils soulignent globalement la vétusté de la majorité des outils de travail.

« [...] Le matériel est vétuste, il nous faut de nouveaux équipements pour mieux faire notre travail. » (Entretien_ Agent de santé_ Betoumey_ décembre 2018)

Un autre agent renchérit

« [...] Dès ma prise de service ici, j'ai remarqué la vétusté du matériel que j'ai signalé mais depuis rien. Il n'y a même pas de gants adéquats, les trucs en sachets ne nous protègent pas. J'étais obligé de déboursier de l'argent de ma poche pour acheter les petits trucs moi-même, le tensiomètre, le thermomètre, etc. » (Entretien_ Agent de santé_ Avédjin_ mars 2019)

Ainsi, la vétusté du matériel de soins constitue en quelque sorte une entrave à l'accomplissement efficace de la mission assignée aux fosa dont l'offre de méthodes contraceptives. Aussi, les produits de l'offre contraceptive ne sont pas au complet dans les fosa ; les agents de santé citent des fois des méthodes qui par observation ne sont pas dans la gamme de produits proposés aux usagers. Cette situation a pour corollaire, la restriction du choix des usagers et ceci semble être connu de ces derniers.

« [...] Il y a des centres de santé qui n'ont jamais toutes les méthodes or il parait que chaque méthode avec ces inconvénients. En plus, les inconvénients varient en fonction de chaque femme. » (Entretien_ Usagère_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Un informateur dans une autre localité ajoute

« [...] Il y a des produits qui font saigner tout le temps et c'est eux qui sont remplis dans les centres de santé. » (Intervenant focus group femmes_ Betoumey_ décembre 2018)

Suivant ces verbatim, la non disponibilité de tous les produits contraceptifs dans les fosa suscitent des réticences dans le rang des usagers.

- **Accessibilité relationnelle et informationnelle**

L'intégration, mieux, l'expérience des agents de santé dans le milieu permet de contourner les barrières relationnelles en l'occurrence celles linguistiques dans les relations de soins. Et surtout, quand les agents en service dans les fosa comprennent et parlent la langue du milieu ; le *ajàgbé* en l'occurrence. Cet état de chose favorise l'accès à l'information en contexte de soins et à une *complicité linguistique* entre l'utilisateur et l'agent de santé. Une telle *complicité linguistique* participe à l'effritement des barrières relationnelles. Il ressort des discours des usagers que le fait que les agents s'efforcent de s'exprimer dans la langue locale avec eux les motive à fréquenter ces centres contrairement à d'autres où ils se sentent "étrangers sur leur propre territoire". Ils trouvent en cet effort des agents de santé, bien qu'issues d'une culture autre et d'une autre aire géographique, un signe d'acceptation de leur personnalité par l'agent de santé ; un signe de respect et de volonté d'exercer dans leur milieu.

« [...] C'est la personne qui t'aime qui fait des efforts pour comprendre ta langue. Si un agent de santé étranger à notre culture parle ajà ça nous fait plaisir et on l'adopte mieux. » (Entretien_ Usager_ Avédjin_ Mars 2019)

Un agent de santé renchérit en confiant à l'équipe de recherche que

« Je ne suis pas ajà. J'ai appris à parler ajàgbé [langue ajà] ici. [...]. Quand tu leur parles leur langue, elles sont vraiment à l'aise et il n'y pas de barrière. C'est une force pour le centre [...]. Si tu dois avoir d'interprète avant de communiquer avec une femme, c'est vraiment difficile. [...]. Il faut faire l'effort de comprendre la langue, même si ce n'est pas beaucoup, le minimum. » (Entretien_ Agent de santé_ CSA Avédjin_ Mars 2019)

Un autre agent ajoute

« Celle qui s'occupe de la maternité n'est pas du milieu. Elle doit être d'origine nago. Mais elle est restée et s'est adaptée. Il y a aussi la seconde ; je ne connais pas bien son origine. Je ne sais pas si elle est d'origine ajà. » (Entretien_ Médecin Chef_ Dogbo_ Mars 2019)

L'intégration des agents de santé dans le tissu social a instauré une relation de confiance entre ces derniers et les usagers, suivant les discours. L'autre chose qui renforce ce climat de confiance entre les acteurs constitue l'accueil *émin gni gni* en langue locale bien qu'ayant un sens littéral proche du contenu qu'on lui reconnaît en français, intègre un ensemble d'éléments complexes relevant du degré de sociabilité entre agent de santé et usager. Implicitement, l'utilisation de ces services par les usagers découle de la qualité des relations soignant-soigné dans la mesure où celles-ci permet de rapprocher l'agent de santé de l'utilisateur. Ainsi, l'agent de santé au prisme des relations sociales cordiales qu'il nourrit avec les populations, devient quelqu'un reconnu en qui l'utilisateur a confiance et à qui elle peut confier son intimité.

« Quand tu vas dans ce centre de santé, il y a l'accueil, tu oublies même que tu es au centre de santé. Les femmes de la maternité rient avec nous et nous distraient. [...] C'est pourquoi nous aimons nous y rendre pour nos besoins de santé. » (Intervenant Focus Group_ Femmes_ Totchangni_ Mars 2019)

L'accueil constitue alors un atout pour mettre en confiance les dames afin qu'elles s'ouvrent aux agents de santé pour une meilleure prise en charge. Mais pour qu'elles viennent, il faut qu'elles soient informées, c'est là le rôle de la sensibilisation.

La sensibilisation est la pratique au travers de laquelle, l'agent de santé sort à la rencontre des populations afin de leur expliquer le bien-fondé de l'utilisation des services de contraception médicale. Diverses stratégies sont utilisées dont celle de l'éducation par les pairs. Il a été constaté que cette stratégie a favorisé l'adoption massive des méthodes de contraception médicale. Elle repose sur l'identification des jeunes et des relais pour être porteurs de messages, d'informations sur les avantages de l'adoption des méthodes de planification familiale. Mais cette approche n'est pas développée dans tous les villages et quartiers de ville du Couffo. L'objectif principal visé par les sensibilisations est de faciliter l'accès à l'information aux populations surtout analphabètes.

- **Accessibilité financière**

Les services de l'offre contraceptive sont gratuits, aucun frais n'est facturé si ce n'est les faux frais constitués de l'achat de carnet ou de la seringue pour faire l'injection, etc. L'offre contraceptive de ce fait n'a pas de coût financier direct mais il y a des coûts indirects tels que celui du déplacement, effectué avec l'incertitude d'être reçu par l'agent de santé qualifié, le temps mis pour venir dans la fosa en délaissant momentanément les activités quotidiennes _ domestiques et/ou génératrices de revenus. Ces coûts quoique indirects constitués des manques à gagner pour les usagers et affectent bien souvent leurs activités économiques.

« [...] Pour aller au centre de santé une fois, il faut réfléchir à qui laisser ton étalage surtout quand, tu le fais dans le dos de ton mari [...]. Tu y vas et la maman [sage-femme] n'est pas là et l'autre maman [aide-soignante] te dis qu'elle ne sait pas tout faire et c'est souvent ce que tu veux qu'elle ne sait pas faire. Voilà que tu as laissé ton étalage, tes enfants et des fois menti à ton mari pour venir. » (Intervenant focus group femmes_ Adjintimey_ janvier 2019)

Une autre enchaîne

« La chose n'est pas facile comme ça hein... La femme ajà n'a pas le temps comme ça ; c'est quand ils viennent pour la sensibilisation qu'on profite mais encore, il faut faire attention. » (Intervenant focus group femmes_ Adjintimey_ janvier 2019)

On note à travers ces verbatim que les coûts indirects malgré la gratuité des services contraceptifs constituent des entraves à l'adoption de ces méthodes contraceptives. Mais, on voit aussi que les usagers ont tendance à préférer certaines méthodes au détriment d'autres.

3.2.3- PRATIQUES CONTRACEPTIVES IMPORTEE ADOPTEES PAR LES AJANU

Les préférences en termes d'offre contraceptive varient d'une usagère à une autre. Deux méthodes reviennent régulièrement dans les discours recueillis sur le terrain ; les injectables et les implants.

« Les femmes qui viennent nous voir pour les services de PF, préfèrent adopter les injections [...]. Elles choisissent souvent les méthodes qui leur assurent une confidentialité [vu le fait que leurs maris s'opposent à l'adoption de la PF]. Elles ont cette préférence parce que les implants sont remarquables par leurs proches ; soit par les cicatrices ou au simple toucher surtout pour le Jadelle. » (Entretien_ Agent de santé_ Adjintimey_ janvier 2019)

Un autre agent de santé déclare aussi que

« [...] la méthode injectable est la méthode préférée des femmes puisque c'est dissimulable et pour le faire, il lui suffit de faire un tour rapidement à l'hôpital pour se faire injecter [...] ensuite il y a la méthode des implants. Mais les implants sont remarquables. Donc elles font les méthodes injectables pour se faire piquer rapidement et partir et ça fait dans deux mois, là le mari ne sait rien. C'est ça-là qui les protège » (Entretien_ Agent de santé_ Djakotomey_ décembre 2018)

Des discours recueillis auprès des agents de santé, il ressort que la méthode de l'implant est la plus adoptée par les femmes. Les raisons qui justifient une telle préférence découlent du fait que les autres méthodes (pilules et injectables) ne fonctionnent pas sur une longue durée tandis que les implants peuvent être adoptés pour trois ans et cinq ans. Ils ajoutent aussi que, les implants peuvent être retirés à tout moment si l'envie de la conception gagne la femme ou le couple. Mais les contraceptifs injectables malgré leur courte durée d'action restent la seule méthode qui permet aux dames qui n'ont pas l'aval de leurs maris de dissimuler leurs actes afin de garantir la cohésion du couple, comme l'illustre l'encadré ci-dessous.

Encadré n°07 : Dissimulation de méthode contraceptive en complicité avec l'agent de santé

[...]. J'aimerais faire l'implant mais je ne peux pas car mon mari ne sait pas que j'ai opté pour un PF. Nous avons déjà 08 enfants et il cherche encore à m'enceinter mais nous n'avons pas les moyens d'élever ceux qui sont là. C'est un zémidjan et moi je vends un peu de tout, lio et fromage de soja le soir, les oranges dans la journée ; nos revenus ne sont pas grands mais il ne veut rien comprendre.

[...] Quand la maman [agent de santé] m'a parlé de planning, j'ai vite accepté. La méthode injectable est celle que j'ai choisie ; avec cette méthode mon mari ne soupçonne rien. J'ai laissé le carnet de soins chez la maman [agent de santé] comme je suis une vendeuse ambulante, on ne peut pas me demander des comptes parce que je suis allée au centre de santé. La maman [agent de santé] surveille le délai pour moi et me le dit quand il faut renouveler.

[...] Quand mon mari me demande pourquoi je ne tombe plus enceinte je lui dis que je ne sais pas et que c'est Dieu qui donne les enfants. Il ne peut me dire que je suis stérile car j'ai déjà eu des enfants. [...] Quand il amène des potions, je bois tout en sachant que je ne tomberai pas enceinte. [...] C'est mieux comme ça, il ne soupçonne rien et je suis en paix dans mon ménage.

Référence : Entretien avec une usagère du CSA Betoumey

Source : Données de terrain, Décembre 2018

Des informations contenues dans cet encadré et celles des verbatim ci-dessus, les méthodes contraceptives adulées par les femmes *ajànù* sont les implants et les injections. Ces données sont confirmées par les statistiques sanitaires de l'année 2017 comme l'illustre le tableau suivant (Tableau II).

Tableau II : Prévalence des méthodes contraceptives médicales dans le département du Couffo en 2017

Zones sanitaires/ communes	Nombres d'utilisatrices /Méthodes			
	DIU	Pilules	Injections	Implants
ADD	88 (4.12%)	333 (15.58%)	682 (31.90%)	1035 (48.41%)
Aplahoué	31 (3.38%)	112 (12.2%)	247 (26.91%)	528 (57.52%)
Djacotomey	29 (6.07%)	66 (13.81%)	201 (42.05)	182 (38.08%)
Dogbo	28 (3.77%)	155 (20.98%)	234 (31.54%)	325 (43.8%)
KTL	263 (4.86%)	799 (14.75%)	2264 (41.80%)	2090 (38.59%)
Klouékanmey	84 (4.87%)	344 (19.93%)	747 (43.28%)	551 (61.92%)
Toviklin	58 (9.34%)	45 (7.25%)	282 (45.41%)	236 (38.00%)
Lalo	33 (3.54%)	77 (8.27%)	553 (59.40%)	268 (28.79%)
Couffo	263 (4.86%)	799 (14.75%)	2264 (41.84%)	2090 (38.59%)

Source : Extrait de l'annuaire des statistiques sanitaires de 2017

La méthode de l'implant vient en deuxième position après celle de l'injection ; les données de l'encadré renseignent sur une forme de négociation de soins entre soignant-soigné, qui peut justifier la première place qu'occupe la méthode injectable. Le mari étant dans une logique pronataliste se retrouve stratégiquement écarté du processus d'adoption de méthode contraceptive par sa femme. Cette situation semble s'apparentée à ce que Jaffré (1999a : 69) décrit dans la relation de complicité qui s'établit entre les vendeurs ambulants de médicaments et leurs clientèles.

Il souligne que « par ailleurs, et c'est là une autre raison de succès, l'espace social du marché semble protéger, mieux que les services de santé, la confidentialité et la pudeur des acheteurs. Paradoxalement, le brouhaha du marché préserve le secret, et certaines personnes, qui ont honte d'aller à l'hôpital pour expliquer leur maladie, préfèrent l'anonymat et la rapidité de la vente locale » (Jaffré, 1999 a: 69) et que « [...] les pharmaciens ambulants parviennent à créer des relations de complicité et de confiance avec leur clientèle contrairement à celles qui se nouent à l'intérieur des centres de soins. Aussi, dans le cadre de la pratique contraceptive, toutes les clientes qui ont des raisons de se soustraire à la curiosité ambiante ou de cacher tout simplement leurs démarches à leurs proches principalement leurs maris préfèrent-elles s'adresser à un agent de santé avec lequel, un lien a été préalablement tissé. Ainsi, à l'abri des jugements de tous ordres, femmes vivant sous le toit d'un homme qui semble s'opposer à

l'adoption d'une méthode contraceptive médicale s'assurent une grande discrétion (Moussa, 2008 : 226). La contraception semble de fait à la portée de toutes personnes qui a accès à l'information ou aux fosa. Elle ne relève plus d'une toute puissance de l'homme *ajà* ; cette hégémonie de l'homme est désormais conjuguée au passé. Les stratégies de l'homme pour punir la femme hier en la privant de devenir mère à nouveau pour diverses raisons ont changé de camp. La femme *ajà* d'aujourd'hui silencieusement a ravi ce pouvoir des mains de l'homme ; d'où le choix féministe d'arrêter ou de suspendre momentanément la transmission de la vie dans le ménage.

3.3- CONTRACEPTION IMPORTEE, UN CHOIX FEMINISTE EN MILIEU AJA

Le féminisme est une notion proposée globalement par les femmes universitaires (Birte Siim et Wendy Sarvasy (1994), Anne Phillips (1992)) ; nous avons pu recenser trois formes de courants féministes. Le premier courant consistait à revendiquer l'égalité au nom de la commune humanité avec les hommes, en d'autres termes, puisque les femmes et les hommes font tous deux partie de l'espèce humaine, ils ont les mêmes droits et devoirs. En contextualisant ce courant au contexte spécifique de la gestion de la fécondité en milieu *ajà* les femmes ont le droit au même titre que les hommes de décider en toute liberté du nombre d'enfants à avoir et de quand les avoir mais elles ont aussi le devoir de sortir chercher de quoi nourrir ces enfants. Ainsi, les pratiques de la contraception locale sont dans une certaine mesure en désaccord à la logique qui sous-tend ce courant. Puisque dans le contexte de contraception locale, l'homme décide de tout concernant la gestion de la fécondité mais la femme participe pratiquement au même titre que les hommes à l'animation de la vie économique du couple. Elles travaillent à nourrir leurs enfants et même le mari en cultivant la terre_ appartenant initialement à la famille du mari_ et/ou en vendant ces fruits ou soit en faisant de petits commerces. Il faut souligner qu'en milieu *ajà* dès que la jeune fille vient chez son mari ; ce dernier lui donne une portion de terre cultivable, qui constitue *le garde à manger* d'elle et ses enfants.

« [...] *La terre ne manque pas ici alors quand tu te prends une femme, tu lui donnes une portion. C'est l'argent de popote que vous dites là ça. [...] Si elle est habile, si elle n'est pas paresseuse, elle mangera toute sa vie avec ses enfants.* » (Notable_ Ahomadégbé_ janvier 2019)

Tandis que, la femme nourrit les enfants que l'homme décide d'avoir et qui constituent sa richesse ainsi que la garantie de son prestige, son honneur au milieu de ses pairs, elle ne dispose d'aucun droit sur son corps encore moins sur sa fécondité. Cette réalité sous-tendue par les pratiques de la contraception médicale est en contradiction par rapport à cette pensée féministe.

Le deuxième courant se garde de revendiquer une égalité totale mais il exige des droits supplémentaires à la femme à cause de son statut de mère, de ses responsabilités en tant que femme. S'inspirant de cette réalité décrite plus haut, la femme dans ce contexte loin de revendiquer des droits de gestion de sa fécondité l'accepte ou la négocie avec son mari. Mais cette acceptation ou négociation est suivie de plus d'avantages de la part de ce dernier. Ainsi, la femme par exemple n'a pas à travailler durement pour nourrir les enfants que l'homme a voulu avoir.

Dans le troisième courant, féminisme pluraliste, les féministes ne réclament pas l'égalité en tant qu'être humain ni en tant que femmes, mais elles cherchent à se débarrasser de l'identité (de l'étiquette) du genre afin de recomposer de nouvelles identités "plurielles" « incluant à la fois le genre, la race, la classe, l'ethnicité, la nationalité et l'inclination sexuelle » (Siim, 1997, p. 47). En quelque sorte, la « citoyenneté pluraliste » consiste à « relie[r] l'affirmation de la citoyenneté féminine à celle d'autres groupes opprimés » (*ibid.*). Il s'agirait que les « différents groupes sociaux [interagissent] dans le but de transformer les identités de groupe existantes » (*ibid.*, p. 49). Le féminisme pluraliste consiste donc en une sorte d'union des différentes minorités afin, d'une part, de faire changer les choses dans la société vers plus d'égalité et, d'autre part, de recomposer les identités (de ne plus être vu seulement comme un groupe de femmes). En effet, pour les féministes pluralistes, il faudrait recomposer les identités en incluant non seulement le genre et la sexualité, mais également – on l'a dit – « la race, la classe, l'ethnicité [et] la nationalité ». Le féminisme pluralisme prône aussi la démocratie participative. Il est dans la lignée du postmodernisme. En substance, cette forme de féminisme prône les valeurs de la contraception médicale. La gestion de la fécondité n'est pas l'apanage de l'homme mais des deux partenaires ; elle fait appel aux consensus. La relation de couple dans ce cas ne saurait être une relation de domination telle que décrite par Weber²⁷(1915).

Cette mutation des habitudes de reproduction fonde des perceptions et logiques chez les *ajànù*, qui développent des réticences. Le chapitre suivant en expose quelques-unes.

²⁷ **Les trois types de domination selon Max Weber.** « Dans "L'Introduction à l'Éthique économique des religions mondiales" [1915, 1996], M. Weber identifie trois types de domination, selon le fondement de leur légitimité. [...] La *domination traditionnelle* correspond [...] à une domination fondée sur le respect de ce qui a toujours été (effectivement ou prétendument). Les traditions ancestrales sont le garant de la légitimité des règles de l'autorité. // La *domination légale-rationnelle* repose sur la conformité aux règles de droit. "La légitimité de commander repose pour le détenteur du pouvoir de commandement sur une règle fixée rationnellement ou interprétée rationnellement" (p. 369). L'État bureaucratique moderne est l'exemple le plus pur de ce type de domination. [...] dominés se plient en vertu de la croyance en cette qualité attachée à une personne en particulier". La domination n'est pas exercée selon des normes générales ou issues de la tradition. [...] Les individus se soumettent aux ordres ou aux règles énoncés par un chef en vertu du caractère sacré ou exemplaire qu'ils lui prêtent, qu'il soit prophète religieux ou leader politique. » (Vigour, 2005, p. 77)

Chapitre IV : UNE CONTRACEPTION DE TOUS LES DANGERS, UNE REAPPROPRIATION DU DISCOURS OFFICIEL BASE SUR LE VECU D'AUTRUI

Le visage qui cherche les feuilles n'est pas le même qui boit la tisane. Proverbe ajà-fon.

Ce dernier chapitre expose les représentations, les perceptions et les logiques des *ajànù* concernant les méthodes de contraception importée. Il comporte aussi quelques extraits de récits de vie qui fondent la réticence de certains acteurs. Quelques raisons sont fréquemment évoquées par les informateurs justifiant la faible utilisation des méthodes de contraception importée. On note essentiellement les perceptions liées aux méthodes de contraception importée, les effets secondaires ayant pour corollaire la perturbation du cycle menstruel des femmes et les conflits sociaux.

4.1- CONSTRUCTIONS SOCIALES AUTOUR DE LA CONTRACEPTION IMPORTEE

Diverses représentations sont développées par les *ajànù* autour des méthodes de contraception médicale.

4.1.1- CONTRACEPTION COMME ASPIRATION A UNE VIE SEXUELLE EXTRACONJUGALE

Pour les populations des villages et quartiers de ville visités, le désir d'une femme d'adopter une méthode de contraception médicale est l'expression d'un projet ou d'une ambition à une vie sexuelle extraconjugale. Penser à se mettre sous une méthode de contraception médicale tout en étant sous le toit d'un homme, d'un digne fils *ajà* est le signe que la perversité perce déjà l'esprit de cette femme.

« [...] une femme qui parle de planning, il faut la surveiller. » (Intervenant focus group hommes_ Adjintimey_ décembre 2018)

Une autorité locale rencontrée dans un autre village confirme ces propos et spécifie une étiologie de ces nouvelles ambitions féminines.

« [...] C'est peut-être parce que la femme a voulu faire de la prostitution qu'elle a adopté ça. Et certaines familles se réunissent pour réprimander ces femmes qui adoptent ces méthodes modernes de planification familiale. » (Entretien_ Autorité locale_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Ainsi, la femme_ potentielle utilisatrice_ est soupçonnée par son environnement social_ surtout son homme_ dès le moment où elle commence par envisager l'adoption d'une

méthode de contraception médicale. En réponse à cette ambition de la femme, l'homme se braque et se ferme à toutes formes de discussion pouvant conduire à un consensus, une décision commune mettant à l'aise les deux parties. La pratique de la contraception médicale alors en milieu *ajà* du Couffo est perçue comme des portes d'entrée de l'adultère et de l'infidélité. D'après le personnel de santé cette attitude de l'homme conduit à deux cas de figures fréquents en milieu *ajà*.

- **L'abstinence**

La femme face à une telle résistance de son mari et son environnement immédiat, puisque dans la plupart des cas, les hommes se mettent à publier leurs femmes voire les diffamer, se replie sur elle-même en abandonnant l'idée de la contraception médicale. Ce cas est le plus fréquent.

« [...] Elles sont nombreuses à venir ou pendant les campagnes de sensibilisation et nous leur expliquons les méthodes de PF. Mais après, elles disparaissent quand vous la revoyez elle est encore enceinte dans la même précarité ou même pire. [...] Elle vous dira que son mari et sa famille ont refusé et qu'elle ne veut pas laisser ses enfants. Alors elle obéit. C'est fréquent ici.»
(Entretien_ Agent de santé_ Adjintimey_ janvier 2019)

Ainsi, la résistance des hommes constitue le premier facteur justifiant le faible taux des indicateurs de contraception médicale. Les femmes craignant des représailles de la part de leurs hommes, aussi voulant sauver leur honneur et celle de leurs familles s'abstiennent.

Cette abstinence, souvent incomprise de l'étranger au fonctionnement du système de son foyer sous-tend bien des réalités. La femme préfère s'abstenir pour préserver la cohésion, la paix, l'intégrité de son couple car l'étiquetage de la femme s'accompagne souvent de divorce.

« [...] une prostituée est pour tout le monde alors ce genre de femme ne peut plus rester sous le toit de son mari sinon ce dernier tombera malade et la mort s'en suivra. Je connais un cas comme ça. » (Intervenant focus group hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Un agent de santé rencontré dans un des centres de santé visité relate ici une scène qui s'est déroulée dans un village voisin lors d'une campagne de sensibilisation sur les méthodes contraceptives médicales.

Encadré n°08 : Rapport contraception et prostitution des femmes

[...]. Vous savez que chaque village à sa réalité. On était allé pour une stratégie avancée pour la sensibilisation sur la PF avec la responsable du centre un jour dans un village. Quelques jours avant notre arrivée, le crieur public passait déjà le communiqué relatif à notre passage dans le village. Tout le village était au courant. Le jour de la sensibilisation arriva et nous étions partis sur le terrain avec notre responsable. Mais à notre grande surprise, c'est le chef village même qui est venu à notre rencontre contrairement à ce qui se fait habituellement. Il est venu en hâte à notre rencontre et nous explique qu'ils savent ce que nous voulons faire et reconnaissent le bien-fondé seulement que nous n'allons rien faire du tout.

Il disait que le village était déjà un village de prostitution et que nous nous voulons encore venir encourager les femmes dans leur sale besogne. Il nous dit qu'il n'a rien contre mais que nous ne pouvons pas faire notre sensibilisation. Qu'ils ne veulent pas que la situation déjà critique s'aggrave encore. Nous avons dû rebrousser chemin bredouille. Jusqu'aujourd'hui cette séance n'a pas eu lieu dans ce village et les produits sont toujours là dans le bureau de la responsable.

Référence : Entretien avec un agent de santé du CSA Gnizoumey

Source : Données de terrain, Décembre 2018

D'après le premier informateur qui confond littéralement la femme sous méthode contraceptive à une prostituée, la sentence pour préserver la vie de l'homme est le divorce, la répudiation de la femme. L'histoire de l'agent de santé vient confirmer ce rapprochement que font les *ajànù* entre les méthodes contraceptives et la prostitution. Ainsi, craignant cette répudiation et les lourdes conséquences que cette situation engendrerait, la femme consent à s'offrir en sacrifice ou du moins sacrifie sa féminité, ses droits_ dont elle n'ignore pas l'existence_ et bien d'autres choses.

- ***Le tapé dos***

Le deuxième cas de figure décrit par les agents de santé est ce que nous appelons ***le tapé dos***. Dire d'une personne qu'on lui a tapé dans le dos est synonyme du fait qu'il a été trompé ou cocufié. Dans le cas spécifique de l'adoption des méthodes de contraception médicale en milieu *ajà-fon*, cette expression ne signifie pas une trahison au sens propre du terme mais elle traduit un détournement de l'attention de l'homme, une manipulation.

En effet, la femme sentant son mari hostile à un projet d'adoption de méthode de contraception médicale, s'arrange avec l'agent de santé pour en adopter sans que le mari ne puisse la suspecter²⁸. Ainsi, ***le tapé dos*** consiste à adopter une méthode contraceptive en complicité avec l'agent de santé sans que l'homme ne soit au courant. Le mari hostile à une

²⁸ Cette situation a été documentée plus haut dans la section 3.2.3- Offre contraceptive médicale, préférence des *ajànù*

démarche contraceptive est sagement tenu à l'écart du processus. Mais les déconvenues d'une telle situation sont souvent sans appel. Les hommes généralement finissent par découvrir la supercherie surtout dans le cas des implants ; la cicatrice attire leur attention et les femmes finissent par avouer. L'adoption des méthodes de contraception médicale participe du coup à une certaine rébellion au sein des couples *ajà*, conduisant parfois à la division de ces derniers.

4.1.2- CONTRACEPTION COMME TERREAU DE LA DESOBEISSANCE FEMININE, TOILE DE FOND DE LA PROSTITUTION

Sur le terrain, en considérant les agissements des femmes vis-à-vis des méthodes de la contraception médicale, les *ajanù* pensent qu'elles constituent un fertilisant pour la rébellion féminine. En effet, l'équipe de recherche a recueilli plusieurs histoires de divorce ou de séparation momentanée due à l'adoption clandestine d'une de ces méthodes.

Encadré n°09 : Rapport contraception et prostitution des femmes

[...] Nous avons connu un couple dans ce village, l'homme y est toujours. [...] Le mari a été emprisonné, il a fait plus d'un an de prison. Mais à son retour, sa femme avait changé et ne voulait plus trop de lui. [...] Il a découvert que sa femme avait fait la méthode de cinq ans et c'était sous son bras. Le mari a demandé, comment, je peux être en prison et venir t'enceinter ici ? Elle n'a pas pu répondre à cette question. Ils avaient gardé l'affaire à leur niveau mais quand la famille a su ce qui se passait, les anciens ont appelé la femme pour l'écouter mais elle n'a pas pu leur répondre. Mieux, elle a commencé par insulter les gens de sa belle-famille. C'est là qu'on l'a chassée.

[...] Mais l'homme continuait par la fréquenter, il a fini par attraper une maladie où, le ventre est ballonné. C'est là que la famille a su qu'ils se fréquentaient toujours. [...] Vous voyez vous-même les dégâts de vos choses-là ? Les enfants sont sans mère maintenant et se promène de chambre en chambre dans la maison pour avoir un peu de nourriture. Vous voyez ?

Référence : Focus group hommes à Gnizoumey

Source : Données de terrain, Décembre 2018

L'histoire de l'encadré a été racontée de deux différentes manières. Elle a été relatée premièrement par l'homme en question. Les membres de l'équipe de recherche allaient chercher quelques choses à manger avant de démarrer la collecte, c'était juste après avoir présenté les civilités aux autorités locales et religieuses. L'équipe aperçut un homme qui venait à sa rencontre à l'allure fébrile ; à la hauteur de ces derniers, il se proposa comme guide touristique. Les membres de l'équipe lui expliquaient alors l'objet de leur présence et l'inutilité de son offre. C'est alors qu'il éclata en sanglot et appela quatre (04) petits enfants

qu'il présenta à l'équipe en narrant son histoire. Il tint les mêmes propos que ceux de l'encadré en omettant peut-être consciemment de dire qu'il était en prison.

Après lui avoir dit quelques paroles réconfortantes et fait un geste à son endroit ; l'équipe prit congé de lui. Certes, des notes ont été prises mais c'était plus dans l'optique de paraître intéressée par son histoire ; vu son état fébrile. Mais, sur le terrain sous l'arbre à palabre du village, un groupe d'hommes jouait aux cartes ; approché, ils furent très intéressés par la recherche et les langues se délièrent très vite. L'histoire qui semble avoir marqué tous les esprits fut celui de l'encadré ; elle a été racontée par celui qui paraissait être le plus âgé de la bande sous l'approbation de tous les autres qui par moments haussaient la tête ou poussaient des cris d'indignation ou d'approbation.

En analysant cette histoire et surtout en cherchant à comprendre pourquoi, elle a marqué tant d'esprits ; l'on est parvenu à quelques approches de réponses en prenant en considérations certains éléments fournis par le mari. Le couple est jeune et très amoureux, il constituait une référence pour plusieurs jeunes et faisait aussi des envieux. Pour cela, leur séparation est un événement qui marque tous les esprits. En second lieu, les séparations dues à l'adoption clandestine de méthodes contraceptives sont monnaie courante même si la plupart du temps, elles ne vont pas au divorce. Enfin, le fait que la femme ait laissé de petits enfants et surtout le dernier de moins de deux ans à frapper les esprits.

« [...] ta femme peut commettre l'adultère. La planification n'est pas mal. Si quelqu'un accepte et son mari consent, il n'y a pas de problème. Elles sont nombreuses qui ont de l'incontinence sexuelle et lorsque toi tu l'amène faire de la planification familiale c'est un peu comme si tu lui donne l'ordre d'aller commettre l'adultère [...] elles sont comme qui dirait un mouton qui cherchait à s'enfuir, et puis toi tu lui as coupé la corde qui le liait au poteau [...] c'est la liberté totale [...] on a vu beaucoup de choses » (Intervenant focus group_ hommes_ Betoumey_ décembre 2018)

Ces genres d'histoires sont légions dans tous les villages et quartiers de villes visités. Elles ont la particularité de commencer par la désobéissance de la femme. Aucune histoire n'a fait mention du fait que l'homme ait permis l'adoption d'une méthode contraceptive. Cette désobéissance des femmes est perçue comme une parjure fait à la tradition *ajà*. Bafouer l'autorité de son maître, le mari et décider d'arrêter les naissances par soi-même dans une société patriarcale et pronataliste demeure une violation de la tradition et de la mémoire des ancêtres.

Mais qu'est-ce que la tradition ? Pouillon (2002) propose une définition basique mais assez précise. « La tradition se définit comme ce qui d'un passé persiste dans le présent où elle est transmise et demeure agissante et acceptée par ceux qui la reçoivent et qui, à leur tour, au fil des générations, la transmettent » (Pouillon, 2002 : 710). S'en tenant à cette définition, la

gestion de la fécondité par les hommes est une tradition ; leurs pères l'ont fait et leur ont transmis tout comme ils l'avaient reçu de leurs ascendants. Mais, le problème qui se pose ici est qu'elle est disputée par les femmes ; elles ne sont plus passives comme l'étaient leurs mères. L'incompréhension s'installe alors, Pouillon (2002) complexifie sa définition en introduisant l'aspect de l'incompréhension. « Quand, en effet, parle-t-on de tradition ? La plupart du temps, à propos de ce qui semble incompréhensible, arbitraire ; lorsqu'on se demande pourquoi fait-on cela, et que la réponse est simplement qu'on se comportait ainsi autrefois. Mais on ne se pose cette question qu'à partir du moment où cela précisément ne va plus de soi, quand on constate qu'on ne fait plus aujourd'hui comme faisaient les grands-pères avant-hier [...] La tradition dont on a conscience, c'est celle qu'on ne respecte plus, ou du moins dont on est près de se détacher » (*Ibidem*: 712). Eric Hobsbawm rappelle qu'une tradition peut autant être ancienne que récemment « inventée » (2006).

La question pour nous n'est pas d'attester de sa véracité ou de son ancienneté, puisque la tradition mobilisée dans les discours puise sa force dans le symbolisme et la légitimation sociale. Le paradoxe de la tradition subit ici, les affres du changement qui touche violemment l'idéologie pronataliste d'une part et le pouvoir de l'homme *ajà* dans son ménage d'autre part. La tradition qui se veut être légitimatrice est en même temps révélatrice d'un écart par rapport aux changements sociaux.

Ces changements sociaux passent par le changement du contexte économique, qui rend difficile l'éducation d'un grand nombre d'enfants comparativement au passé. Mais cette réalité est moins prise en compte par l'homme. Vu l'organisation sociale²⁹, l'on comprend aisément pourquoi cette réalité leur échappe bien souvent ; l'éducation et l'entretien des enfants est souvent l'apanage des femmes ayant reçu au préalable une portion de terre, qui constitue le garde-manger. Aussi, le contact avec les discours officiels et/ou officieux de la contraception médicale prônant l'autonomie de la femme qui limite ou espace ses naissances plongent les femmes *ajà* dans une réflexion sur leurs conditions de vie actuelles. Ces dernières au contact du « nouveau » ou de la « modernité » aspirent aux changements. Mais, les maris n'étant pas associés à ces débats demeurent leurs idées traditionnalistes et ne voient dans ces changements sociaux que du mauvais. **En substance, ces déconvenues découlent de l'inégalité du niveau d'informations entre hommes et femmes.**

En considérant ce déséquilibre, certaines femmes trouvent inutiles d'engager une discussion avec leurs maris connaissant à l'avance leur position. Et si la majorité s'abaisse pour subir,

²⁹ Voir 3.3- Contraception féminine, un choix féministe en milieu *ajà*

d'autres décident exaspérées de passer à la vitesse supérieure en adoptant clandestinement une méthode contraceptive. Or, « l'approbation du conjoint à la planification familiale est une variable très importante de la dynamique en matière de contraception » (Attanasso, 2007: 23)³⁰. Cette approbation bafouée constitue un faux chez les dames en quête d'autonomie.

De nos observations sur le terrain, nous avons compris qu'une femme est rapidement suspectée d'adultère quand elle commence par s'émanciper. Quand cette dernière commence par avoir une autonomie financière pour se prendre en charge et répondre efficacement aux besoins de ses enfants. En s'affranchissant d'une certaine manière du confinement dans l'espace domestique, incluant la maternité et la charge de travail qui y est localement attaché. Ce confinement est suivant la réflexion de Tabet une manière d'« Immobiliser les femmes pour les faire engendrer, les féconder pour les immobiliser » (1998: 104). La contraception médicale réveille alors chez la majorité des hommes la peur que la femme ne soit totalement affranchie de leur autorité, qu'elle devienne indépendante. En conséquence naissent les réactions de type antiféministe, liées au rôle et au statut de la femme au sein du foyer ainsi que les soupçons d'infidélité.

A ce sujet, Fassissi souligne qu'« en Afrique, les stratégies de planification familiale sont orientées presque exclusivement en direction des femmes » (2006: 39), alors que, « [...] la position du conjoint quant aux questions relatives à la planification familiale apparaît comme l'un des déterminants les plus importants de l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive » (*Ibidem*: 44). Fassissi (2006) et plusieurs autres auteurs (Attanasso, 2007 ; Andro et Hertrich, 2001 ; Moussa, 2008) fustigent l'omission du paramètre des interactions au sein du couple, dans le processus d'adoption d'une méthode de contraception médicale.

4.2- LOGIQUES DES HOMMES « RESISTANTS »

Les données recueillies sur le terrain mettent clairement en évidence le rapport entre la réticence des hommes et le faible taux d'adoption des méthodes de contraception médicale. Diverses logiques sous-tendent ce comportement des hommes *ajà* du Couffo. Le premier argument que brandissent ces derniers est leur écartement du processus d'adoption des méthodes.

4.2.1- ORGANISATION DES SEANCES DE SENSIBILISATION

La majorité des hommes confie ne pas être associé aux séances de sensibilisation, ce qui rend difficile l'application des décisions qui s'en suivent.

³⁰Selon les résultats de son enquête, plus le conjoint est instruit, plus il est favorable à la contraception médicale, et ce d'autant plus s'il travaille dans un secteur « moderne » plutôt que « primaire »

« [...] Comment comprendre qu'on invite le genou et après on demande à la tête d'accepter les décisions prises. [...] Ils font des séances et invitent les femmes seules et veulent que les hommes acceptent les décisions qui en découlent. Nous sommes chez les ajà ici. » (Intervenant focus group mixte_ Ahomadégbé_ janvier 2019)

Suivant les propos de cet informateur, les séances de sensibilisation sont réservées aux femmes ; elles sont les seules invitées. Cet écartement est perçu comme une insulte par les informateurs de sexe masculin ; la majorité d'entre eux atteste de cette réalité que réfute les agents de santé.

En effet, les séances de sensibilisation ou de vulgarisation des méthodes contraceptives médicales sont des séances organisées souvent en stratégies avancées. La stratégie avancée consiste à sortir des centres de santé et aller à la rencontre des potentiels utilisateurs afin de leur exposer la gamme de produits. Les agents de santé et les membres Coges soulignent tous invité les hommes ainsi que les anciens mais ces derniers ne manifestent pas trop d'intérêt pour ces genres d'évènements.

« [...] On les invite tout le temps mais ils préfèrent vaquer à leur occupation ; après, ils disent partout qu'on ne les associe pas. Comment seront-ils associés s'ils ne viennent pas aux séances informatives. » (Entretien_ Agent de santé_ Adjintimey_ janvier 2019)

Pour les agents de santé, la faute de cette exclusion constatée est imputable aux acteurs eux-mêmes qui ne manifestent aucun intérêt selon eux pour les séances de sensibilisation sur la contraception médicale. Mais, certains agents de santé ont trouvé des formules de contournements afin de les « obliger » à venir.

Encadré n°10 : Formule de contournement pour maintenir les hommes

[...] Quand nous invitons les femmes seules au centre, à leur retour il y a des disputes que nous sommes obligés d'aller régler des fois pour ramener la paix dans les foyers. Pour éviter ça désormais nous allons dans la communauté nous annonçons l'activité à l'avance, nous convoquons les sages, les têtes couronnées, les chefs religieux, les jeunes couples, les hommes et en dernière position les femmes. Au cours de ces réunions, les hommes posent des questions pertinentes sur la PF et nous y répondons publiquement.

Ces activités font que les mentalités changent progressivement même s'il reste beaucoup à faire. Après ces séances certains hommes conduisent leurs épouses au centre pour l'adoption d'une méthode. Vu l'immensité de ce qui reste à faire, je dirai que ce n'est pas encore grand-chose mais ce n'est pas rien non plus surtout en considérant le fait que nous sommes dans le Couffo.

Référence : Entretien_ Membre Coges Avédjin

Source : Données de terrain, Mars 2019

Les agents de santé et les membres Coges de cette localité_ qui est d'ailleurs classée dans les centres de santé à bonne performance du Couffo_ ont trouvé la formule pour impliquer les hommes dans le déroulement des séances de sensibilisation. Les anciens_ notables, autorités locales, têtes couronnées, etc._ du village ou quartier de ville ciblé pour la séance sont présents ; les agents n'informent pas seulement les autorités locales en l'occurrence le chef village comme cela se fait dans les autres localités. Ils invitent toutes les personnes « influentes » de la zone d'intervention qui confirme leur présence avant la tenue de la séance. Cette méthode a porté des fruits visibles au travers de leurs statistiques, qui certes, sont en dessous de la cible mais mieux qu'ailleurs. Ainsi, comme le souligne l'enquêté dans les propos de l'encadré, il reste à faire même si des changements de comportements sont observés.

Mais, une autre approche est expérimentée aussi dans cette localité et celle de Totchangni, un centre à bonne performance aussi ; c'est l'éducation par les paires. La stratégie de l'éducation par les pairs est celle qui, de toutes les stratégies de sensibilisation utilisées dans les centres de santé de bonne performance visités, a eu le plus de succès. En effet, dans les deux centres de santé (Totchangni et Avédji), il a été constaté que cette stratégie a favorisé l'adoption massive des méthodes de contraception médicale. Elle repose sur l'identification des jeunes et des relais pour être porteurs de messages, d'informations sur les avantages de l'adoption des méthodes de planification familiale.

Ces centres de santé bénéficient de l'appui de plusieurs partenaires dont les ONG CERADIS, OSV Jordan, et de certains PTF à l'instar de Plan Bénin. Ces derniers ont initié cette forme de sensibilisation sur la contraception médicale au profit des populations d'Avédjin et de Totchangni. Ainsi, des formations sont organisées pour les pairs éducateurs sur les méthodes modernes de planification, la santé sexuelle et la santé de la reproduction. Une fois formés, ces derniers sont utilisés pour la sensibilisation des membres de leur communauté.

A Tchi-Ahomadégbé, un centre de santé à moyenne performance ayant de bonnes statistiques dans le domaine de la contraception médicale ; l'éducation des paires est aussi pratiquée mais avec une spécificité. La spécificité consiste à associer les femmes ; elles sont formées au même titre que les relais et les jeunes. Elles ont pour mission de sensibiliser les congénères dans de manière officieuse, en allant à la fontaine pour puiser de l'eau, en faisant les travaux domestiques, champêtres, etc. Elles viennent aussi les lundis matins dans le centre pendant la séance de vaccination pour sensibiliser les jeunes mères.

L'objectif visé par les sensibilisations dans ces centres de santé est de faciliter l'accès à l'information aux populations surtout analphabètes. Ainsi, les jeunes et adolescents formés ont pour mission de faire circuler l'information en langue locale (*ajàgbé*). Cette stratégie vient en appoint à celle qui consiste pour les agents de santé à sensibiliser les femmes sur les méthodes de contraception médicale lors des consultations pré et post-natales. Selon les discours, l'éducation par les pairs a permis de faire tomber les préjugés liés à l'utilisation des méthodes médicales de contraception (effets secondaires sur la santé des femmes, obstacle à la procréation, adoption comme promotion de la prostitution etc.) dans les arrondissements de Totchangni et de Avédjin et a impulsé leur adoption.

Il ressort des discours recueillis que les messages de sensibilisation portent essentiellement sur la santé sexuelle et reproductive des hommes et femmes en âge de procréer ; les risques liés à une sexualité non contrôlée et sur les avantages de l'adoption d'une méthode de contraception médicale. Elles sont faites essentiellement en langue locale *ajàgbé*. Ces sensibilisations se déroulent lors des campagnes organisées par les PTF ou ONG partenaires des centres et par les centres de santé eux-mêmes. Les techniques de communication de masse (radio, communication dans les collèges, etc.), la sensibilisation porte à porte et celle faite directement d'agent de santé à usagers (lors des CPN, CPoN ou vaccination d'enfants, etc.) sont celles adoptées. Des campagnes foraines de planification sont également organisées et permettent d'avoir un nombre important d'adhésion aux méthodes de PF.

Dans ces trois centres, l'association des bénéficiaires _hommes et femmes_ à la sensibilisation, la participation active du Coges aux séances de sensibilisation, la mobilisation de la jeunesse ; des sages et têtes couronnées autour de ces séances sont des raisons qui expliquent le fort taux d'utilisation des méthodes de contraception médicale.

Cette approche à défaut de rétablir les hommes dans leur posture de maître de la gestion de la fécondité de leur ménage, les implique et les met au même niveau d'information que les femmes. De ce fait, ces derniers ont une plus large compréhension de la contraception médicale et transcendent ainsi leurs idées arrêtées telle que la perception des méthodes contraceptives comme un frein aux activités économiques.

4.2.2- CONTRACEPTION COMME OBSTACLE A LA PROCREATION, UN FREIN AUX ACTIVITES ECONOMIQUES

Le département du Couffo suivant les données du dernier recensement RGPH₄(2013), de l'annuaire des statistiques sanitaires (2017) et des données recueillies sur le terrain, occupe

l'une des dernières places avec un taux de prévalence d'utilisation de produits contraceptifs évalué à 3.29%. « Dans le département du couffo le taux de prévalence le plus élevé est enregistré dans la commune de Klouékanmè (6,08%) et le plus faible à Djakotomey (1,62%). Le contraceptif injectable est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le couffo suivi des Implants » (annuaire des statistiques sanitaires du département du Couffo, 2017).

Un agent de santé explique à ce propos que :

Encadré n°11 : Cause de la faible prévalence de l'utilisation des méthodes de contraception médicale

[...]. Au cours d'une formation, j'ai poussé ma curiosité pour demander aux responsables ce qui justifie les faibles statistiques en matière de PF puisque quand on trace la courbe arrivée sur le département du Couffo, ça chute toujours. L'un des responsables me répondit en ces termes : le Couffo ne va pas changer ; même si ça va changer ça ne sera pas tout de suite parce que les gens aiment procréer ici. Les maris n'acceptent pas et quand tu vas leur dire que tu veux les aider à faire l'espace des naissances ; c'est que tu veux amener leurs femmes à la prostitution ou tu veux leur arrêter la procréation et eux ils ne sont pas prêts à accepter. Et j'ai pu vérifier les propos de ce responsable sur le terrain. On a failli me lyncher à Tandji la dernière fois. C'est l'ABPF je pense que leurs produits sont encore là ce sont eux qui ont organisé et une autre structure qui a aussi organisé. J'étais allée voir le relais, c'était une femme relais à Tandji pour lui dire on a une campagne de PF on va gongonner dans le village pour leur dire qu'on a une campagne de sensibilisation si le gongonneur dit que c'est pour la PF tu ne vas voir une seule femme. Quand j'ai parlé de PF à la dame la dame a dit ah ! À cause de PF les gens ont failli me tuer dans ce village je ne peux pas. Je lui ai dit okay accompagne moi chez le CV je vais le rencontrer je vais lui dire ce que je veux faire on est allé voir le CV et au retour il y avait un grand arbre sous lequel les gens se regroupaient ils n'y avaient rien que des hommes là. Je me suis dit tient voici une occasion je vais sensibiliser pour voir ce que ça va donner. Mais à peine j'ai commencé j'ai quelque chose à dire à vos femmes au centre de santé à partir de tel jour envoyez les. Et un homme s'est levé et a dit c'est ce que vous faites pour nos femmes et elles ne tombent pas enceintes que vous voulez faire non ? Si c'est ça demande à celle qui t'a accompagné elle va te raconter ce qui lui est arrivé ici. Si c'est ça ne va même pas sur ce terrain. J'ai dû dire okay c'est pour ça que je les veux. On me dit si tu veux rester ici il faut oublier ça et c'est que la mine a changé

Référence : Entretien un agent de santé du CSA Gnizoumey

Source : Données de terrain, Décembre 2018

Suivant le discours de cet agent de santé, la réticence des hommes face aux méthodes médicales de contraception se fonde sur plusieurs arguments dont l'arrêt de la procréation. Or cet arrêt constitue un manque à gagner pour l'homme *ajà* puisque le nombre élevé d'enfants constitue une main d'œuvre à moindre coût pour lui. En effet, suivant les données du dernier recensement au Bénin, RGPH₄ (2013), l'annuaire des statistiques sanitaires (2017) et les données recueillies par observation et entretien sur le terrain, l'activité principale est

l'agriculture. Ainsi, l'économie est essentiellement dominée par l'agriculture avec une nette prédominance des cultures vivrières. Les populations exercent des activités commerciales, de transformation des produits agricoles et de l'artisanat. La production animale est faite d'élevage de porcs, d'aulacodes, de lapins, de petits ruminants et de volailles. (Annuaire des statistiques sanitaires, 2017).

L'activité première des *ajànù* étant l'agriculture, le nombre élevé d'enfants permet d'avoir une main d'œuvre fiable, puisque contrôlable à moindre coût. Les enfants aident leurs parents, les pères notamment dans les travaux champêtres.

« [...] C'est connu de tous que les *ajà* aiment faire beaucoup d'enfants ; nos aïeux avaient jusqu'à cent ou cent-cinquante enfants qui les aidaient dans les travaux champêtres.»
(Intervenant focus group hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Suivant ce enquêté, la fécondité abondante est une pratique qui ne date pas d'aujourd'hui, elle relève de la tradition *ajà*. Ainsi, la limitation des naissances, un obstacle à la traditionnelle fécondité abondante est perçu par les *ajànù* comme un blocage au développement de leur activité génératrice de revenus donc un frein à leur émergence.

Erny³¹ (1988) souligne à ce sujet que la fécondité abondante constitue dans l'univers mental de l'homme traditionnel, la valeur première. Cet univers mental de l'homme traditionnel est une idéologie se basant sur des assertions essentialistes relève des écrits africanistes de type culturaliste. Fassassi (2006) pour rendre cette idéologie moins « psychologisante » affirme que « La culture et les traditions africaines prônent et entretiennent les idéaux d'une forte fécondité » (Fassassi, 2006 : 6). La pratique de la fécondité abondante alors puise son essence dans la tradition, une notion qui est utilisée pour faire référence au passé. Cette pratique est donc un héritage transmis de génération en génération. Ainsi attaquer cette pratique fortement ancrée dans les habitudes des *ajànù* demande du tâte, une méthodologie bien élaborée en vue de minimiser au mieux les dégâts.

Puisque les discours autour des méthodes de contraception médicale prônant l'espace ou la limitation des naissances paraissent relever d'une ***imposition occidentale*** qui s'oppose à la ***traditionnelle fécondité abondante*** connu de l'Afrique. Ces discours loin d'accomplir leur mission, assurer le mieux-être des familles en espaçant ou en limitant les naissances en vue d'une meilleure prise en charge, risque de réveiller les vieux démons de la traite négrière ou de la colonisation qui hantent toujours certains esprits.

³¹ Voir aussi les écrits de Kossou (1983) sur les raisons « philisophiques » et « cosmogoniques » d'une descendance nombreuse chez les Fons

D'autre part ces discours s'attaquent à la diminution des revenus des ménages par ricochet de leurs trains de vies donc plus de traits de ressemblance avec la traite négrière qui consiste à déposséder l'homme noir de ce qu'il a de plus cher, ses braves valides, son gagne-pain. En conséquence, l'homme *ajà* perçoit au travers de ces discours, une nouvelle stratégie des occidentaux pour continuer à opprimer les africains. Alors les discours sur la limitation des naissances ainsi que les perceptions « disproportionnées » liées aux effets secondaires des méthodes médicales de contraceptions constituent une résistance éparse à l'intégration de ces méthodes dans les habitudes de soins des *ajànu* du Couffo.

4.3- PERCEPTIONS DES EFFETS SECONDAIRES ET CONFLITS LIÉS A L'UTILISATION DES METHODES DE CONTRACEPTION IMPORTEE

L'adoption de méthodes contraceptives importées est souvent suivie d'effets secondaires, variant d'un organisme à un autre. Elle peut aussi constituer la source de conflits impliquant fréquemment les agents de santé. Dans l'un ou l'autre des cas, ces situations constituent des épines dans le pied du système de contraception médicale, plombant ainsi son intégration aux habitudes de soins des *ajànu*.

4.3.1- PERCEPTIONS DES EFFETS SECONDAIRES

Les effets secondaires découlant de l'adoption d'une méthode de contraception importée constituent des facteurs qui justifient la réticence des acteurs. En effet, les focus group organisés dans le cadre de la présente recherche ont été les occasions pour les populations de relater nombreux cas d'effets secondaires vécus par les femmes suite à l'adoption de l'une des méthodes de contraception importée. Les usagères victimes de ces effets secondaires évoquent fréquemment les perturbations de leurs cycles menstruels. Les effets secondaires découlant de l'adoption des méthodes de contraception importée constituent une notion au cœur des débats actuels sur la contraception importée ; tous les acteurs sont y impliqués. Les avis de ces derniers divergent en fonction qu'ils soient du côté de l'offre ou celui de la demande.

- ***Les acteurs de l'offre de soins***

Les acteurs de l'offre de soins se référant aux médicaments en l'occurrence ceux pharmaceutiques soulignent que les effets secondaires constituent un moindre mal, au vu de la

nécessite sanitaire de la pratique contraceptive dans l'harmonie et l'épanouissement du couple. Ils mettent souvent en évidence le caractère inoffensif et passager de ces effets.

Mais, ces agents reconnaissent quand même que les effets secondaires prennent des fois des proportions inespérées et constituent un facteur justifiant la réticence des *ajànù*.

« [...] Il y a de ces cas où les femmes ont peur des effets secondaires des méthodes de PF. Elles s'appuient sur les effets secondaires pour ne pas adopter les méthodes de PF » (Entretien_ Agent de santé _Djakotomey_ décembre 2018)

Un autre agent de santé souligne que

« Il y a les effets secondaires de certaines méthodes qui font que les femmes refusent de se mettre sous PF. [...] il y a certaines femmes qui à cause de la méthode qu'elles ont adopté font des saignements [...] Nous recevons souvent de ces cas ; et pas plus tard qu'il y a quelques heures nous en avons reçu. Il s'agissait d'une dame qui a adopté la méthode du Noristerat. Mais, elle saigne depuis ce temps [...] je viens de lui donner des Microgynon à prendre pour régler son problème [...] » (Entretien_ Agent de santé_ Adjintimey_ décembre 2018)

Un autre agent précise que les effets secondaires sont passagers

« Oui c'est vrai qu'il y a certaines femmes qui font des saignements. Mais ce sont des inconvénients ou effets secondaires de certaines méthodes. Mais avec le temps, ça rentre dans l'ordre [...] » (Entretien_ Agent de santé_ Adjintimey_ décembre 2018)

Tous ces agents de santé reconnaissent la perturbation qu'engendrent des effets secondaires le quotidien des usagères mais ils mettent l'accent sur le caractère passager et leur capacité à pouvoir les gérer ; les usagers ne partagent pas le même avis.

- **Les acteurs de la demande de soins**

Les acteurs de la demande, les utilisateurs particulièrement affirment que les agents de santé avant l'adoption de la méthode expliquent les effets secondaires liés à chacun d'eux et assurent de leur disponibilité à les accompagner dans la gestion de ces effets. Ils soulignent aussi que ces agents s'opposent des fois à leur choix s'ils jugent ce dernier incompatible avec leur santé.

« [...] J'ai choisi une forme d'implants, la maman [agent de santé] s'y est opposé, elle a dit que ça fait grossir alors que je suis déjà grosse. [...] J'ai choisi un autre et elle a accepté. » (Entretien_ Usagère_ Ahomadégbé_ janvier 2019)

Une autre renchérit

« [...] Quand tu vas au centre de santé pour adopter une méthode de PF, les agents de santé te guident ; elles t'expliquent tout ce qu'il faut savoir sur la méthode. Alors quand tu as des effets secondaires tu n'es pas étonnée car elles t'ont prévenu. » (Entretien_ Usagère_ Ahomadégbé_ janvier 2019)

Ces verbatim de femmes sous méthodes contraceptives confirment le fait qu'elles sont informées des effets secondaires avant d'adopter une méthode. Mais qu'elles semblent ignorer

est la portée de ces effets. Plusieurs enquêtées soulignent à cet effet, que les agents de santé les informent mais elles minimisent souvent les effets dans leur discours.

Encadré n°12 : *Vécu de perturbation de cycle menstruel par une femme ajà*

[...]. Mon mari a déjà trois femmes avant qu'il ne m'épouse quand j'ai accouché le deuxième enfant, il m'a conduit au centre pour adopter une méthode de PF. L'agent de santé nous a conseillé et j'ai choisi avec mon mari l'implant. Elle a dit que mon cycle menstruel serait un peu perturbé. Mais pendant six mois je n'ai pas eu mes règles et je ne faisais que maigrir, je n'étais pas comme ça avant [elle se lève, tourne sur elle-même, montre ces clavicules et fond en larmes].

[...] Je n'étais pas grosse mais là je n'ai que la peau sur les os ; comme mon mari est avec eux ici, il ne sait plus quoi dire. Je venais tout le temps me plaindre que je n'ai plus mes règles, la maman [agent de santé] me rassurait. [...] Le jour où mes règles sont revenues, j'avais saigné pendant deux semaines après ça c'est tous les quinze jours que je saigne. Il arrive des fois que je saigne durant tout le mois. La maman [agent de santé] me prescrit souvent du fer que mon mari m'achète car je saigne tout le temps. Je ne peux pas contrôler ça, des fois je suis en ville ça commence [elle fond encore en larmes].

[...] Quand je dois sortir, je mets une couche pour ne pas être surprise. La maman [agent de santé] semble surprise par mon cas ; elle ne m'a pas dit que cela allait se passer comme ça.

Référence : Entretien avec une usagère d'Ahomadégbé

Source : Données de terrain, Janvier 2019

Un autre mari raconte sa mésaventure avec les méthodes contraceptives médicales en ces termes.

Encadré n°13 : *Vécu de perturbation de cycle menstruel par un couple ajà*

[...] Moi, personnellement j'ai une mauvaise expérience du planning ; ma femme a pris les pilules. Au fait, nous avons eu nos huit (08) enfants et avec ma femme, nous avons convenu ne plus en avoir. Nous avons donc opté pour une méthode de PF, la pilule. Elle a pris juste un comprimé, juste un seul comprimé et les maux ont surgirent, je ne sais d'où si ce n'est pas le ventre, c'est la tête ; le saignement abondant à longueur de journée. Nous avons tout fait, les agents de santé étaient aussi dépassés ; nous avons prié.

[...] J'ai failli prendre ma femme, nous avons trop dépensé ; j'ai vendu mon appareil chaîne hyper performant et ma moto pour qu'elle recouvre sa santé. Avec cette expérience moi, je n'ose plus conseiller qui que ce soit sur ce plan ; je dis tout le temps à l'église d'aller à l'hôpital en cas de maladie après avoir prié (ou après que j'ai prié pour le malade) mais jamais n'est sorti de ma bouche quel conseil que ce soit sur le planning. Je n'interdis à personne aussi je n'encourage personne à le faire aussi quand toi pasteur irait dire ça à l'église même les jeunes filles iront faire ça pour te créer d'autres problèmes. Je suis retourné aux plantes pour couper la fécondité de ma femme, j'ai des recettes naturelles pour espacer les naissances à base d'épis de maïs.

Référence : Entretien avec une autorité religieuse d'Adjintimey

Source : Données de terrain, Janvier 2019

De ces deux discours, on comprend que la portée des effets secondaires surprend souvent les usagères et leurs proches ; ce qui rend pénible l'expérience de la contraception médicale. Un autre aspect est mis en exergue par les enquêtés, les non usagers pour la plupart, c'est la difficulté à retrouver sa fécondité d'avant. Ces informateurs affirment souvent que les méthodes contraceptives rendent la femme stérile, ils citent souvent des femmes de la localité en exemple. Une femme affirme à ce sujet

« [...] Quand j'ai eu mon premier enfant, mon mari et moi avons décidé de marquer une pause vu notre instabilité sur le plan économique. J'ai fait le jadel [...] Mais avant de tomber enceinte une deuxième fois, nous avons fait des pieds et des mains. » (Entretien_ Usagère_ Adjintimey_ janvier 2019)

Cette dame a eu deux enfants après son expérience contraceptive mais les esprits de ces congénères restent marqués par cet événement. Ces expériences rendent les potentielles utilisatrices septiques ainsi que leur entourage. Ils ne voient en ces méthodes qu'une source de maladies diverses.

« [...] Les femmes disent que lorsqu'elles commencent par adopter ces méthodes elles n'ont plus leurs menstrues ou encore elles ont ça en abondance. Pour celles qui n'ont pas leur menstrues, le sang s'accumule dans leur partie génitale et ça devient une maladie c'est pour ça les femmes elles même refusent d'adopter ces méthodes [...] » (Entretien_ Non Usager_ Betoumey_ décembre 2018).

Ainsi, le vécu de ses usagères alimente sous les discussions, source des rumeurs sur la contraception médicale. Moussa (2008) au sujet des rumeurs sur la contraception médicale souligne qu'« ils produisent des effets inhibiteurs importants sur les conduites des individus. Si, comme nous l'avons vu auparavant, c'est le souci d'assurer le bien-être physique qui favorise la pratique contraceptive, à l'inverse, une femme dira s'opposer à certains types de contraceptifs de peur d'affecter son organisme » (2008 : 228). Guillaume (2004) ajoute que ces craintes expliquent que les femmes africaines préfèrent les méthodes naturelles aux méthodes médicales. Pour l'OMS (1996), ces rumeurs ne sont que de fausses informations qui ont pour seul but que d'effrayer les populations, en l'occurrence les potentielles utilisatrices et leur entourage.

- ***Les maladies mystiques liées à l'adoption des méthodes de contraception importée***

Une autre forme d'« effets secondaires » alimente la peur d'adopter ces méthodes contraceptives médicales. Plusieurs acteurs dans toutes les localités visitées y ont fait référence, les maladies « mystiques » ou le déplacement de l'implant dans le corps de la femme. En effet, les informateurs confient que les méthodes de contraception en l'occurrence les implants sont capables sous l'influence des forces mystiques de se déplacer dans le corps

humain créant ainsi des autres dégâts en dehors des effets secondaires de ces méthodes. Plusieurs histoires nous ont été racontées.

Encadré n°14 : Vécu d'une maladie mystique après contraception

[...]. Je connais une dame qui a adopté la méthode de l'implant. Juste après ça les maladies bizarres ont commencé, tout le monde pensait que c'était les effets secondaires, tantôt elle maigrissait tantôt elle grossissait, elle se plaignait de douleurs un peu partout, des maux bizarres : maux de tête, maux de dents, maux d'yeux, etc. Elle a été au centre de santé de la localité, ensuite à l'hôpital de zone, comme ça ne marchait pas ils ont associé les guérisseurs, un peu partout sans solution. Alors le couple a décidé de retirer l'implant et c'est là qu'ils ont constaté qu'il n'était plus dans le bras.

Ils ont cherché jusqu'à le retrouver dans la tête. Comment comprendre qu'on fait quelque chose dans le bras et on le retrouve dans la tête. C'est la sorcellerie ça. Je sais que la médecine ne connaît pas la sorcellerie mais je doute fort que même les grands médecins puissent donner une explication convaincante de ce cas. C'est la sorcellerie, un point c'est tout.

Référence : Entretien avec un homme à Adjintimey

Source : Données de terrain, Janvier 2019

Un autre enquêté dans une autre nous confie

« [...] elle a fait l'implant dans le bras et on a fini par le retrouver dans son pied gauche. Le pied était enflé, énorme. Ils ont trop dépensé à cause de cette affaire de PF. » (Intervenant focus group hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Ce déplacement « mystérieux » des implants dans le corps des femmes est vécu par les acteurs comme une manœuvre maléfique qui engendre d'énormes dépenses « inutiles » au couple ; qu'il aurait pu éviter s'il choisissait de s'abstenir de l'adoption d'une méthode contraceptive médicale.

Ainsi, les rumeurs façonnent la perception des acteurs et participent au renforcement de leur réticence vis-à-vis des méthodes de la contraception médicale. Néanmoins quelques acteurs transcendent ces barrières idéologiques et optent pour des méthodes contraceptives médicales mais des conflits en naissent des fois.

4.3.2- CONFLITS SOCIAUX AUTOUR DES METHODES DE CONTRACEPTION IMPORTEE

Il paraît bien séant qu'après l'exposé de tant de points qui freinent l'adoption des méthodes importées de contraception dans le Couffo d'énumérer quelques points qui plombent le zèle des agents de santé. Biens de conflits naissent de l'utilisation des méthodes de la contraception importée impliquant souvent les agents de santé. Il n'est pas rare de noter des situations conflictuelles entre certains hommes *ajà* et les agents de santé. Ces situations

proviennent fréquemment du *tapé dos*, la mise sous méthode contraceptive des femmes sans l'avis de leurs maris. Plusieurs témoignages d'agents de santé impliqués dans ces conflits dont le dénouement va d'un simple règlement à l'amiable à une comparution devant les autorités judiciaires.

« Humm ! La situation ici est vraiment problématique ; surtout dans la zone Tchi. Savez-vous qu'il y a même un des anciens CA de la zone qui a convoqué un agent de santé à la brigade à cause de la PF ? Son motif de convocation était qu'il désirait avoir encore des enfants de sa femme ; mais qu'on lui a fait adopter une méthode de planification familiale. Alors que c'est la femme qui a pris cette décision. [...] » (Entretien_ Agent de santé_ Ahomadégbé _janvier 2019)

Un autre agent de santé expose ce qui lui est arrivé récemment.

Encadré n°15 : Conflit social après tapé dos

[...]. Même quand la femme veut faire et que tu lui fais ça en cachette, tu risques d'avoir de problème avec son mari. Il peut te convoquer. La dernière fois on nous a même convoqués par rapport à ça ; parce qu'on a fait adopter une méthode de PF à la femme. Heureusement que tout a été écrit dans le carnet. La femme est arrivée au centre de santé et elle disait qu'elle avait mal au ventre. C'était au dispensaire qu'elle s'était fait consulter. Deux jours après elle est revenue pour se faire planifier avec un enfant de six mois au dos. Donc la méthode qu'elle a choisi c'est la méthode de pilule. Heureusement que dans le carnet c'est écrit méthode choisi par la femme « pilule » et le nombre de plaquette qu'on lui a donné on a vérifié dans le carnet.

Cependant le mari lui ne voulait pas. Lorsqu'il est tombé sur la notice qui est dans la plaquette, il s'est rendu compte que la méthode avait des effets secondaires et déconseillé pour les femmes enceintes. Hâtivement il a conclu que sa femme était enceinte et qu'elle était venue au centre de santé pour se faire avorter. Donc on nous a convoqués pour ça au commissariat de la police. Heureusement tout a été écrit dans le cahier. On a pu justifier que le test de grossesse était négatif avant que la femme ne commence par prendre les pilules. L'homme pour avoir raison ne voulait pas remettre le carnet au commissariat. Mais on avait insisté et c'est cette preuve qui nous avait donné raison. [...] C'est à ces cas-là nous sommes confrontés quotidiennement,

[...] voilà que la femme est venue dire qu'elle veut adopter la PF pour ne pas tomber enceinte. L'homme disait même que quand son enfant a un ou mois il avait le droit d'enceinter sa la femme. [...] Là on a même peur de faire adopter la méthode aux femmes sans le consentement éclairé du mari

Référence : Entretien avec un agent de santé du CSCCom Djakotomey

Source : Données de terrain, Décembre 2018

Un agent de santé d'une autre localité explique aussi, les difficultés qu'ils rencontrent à ce sujet :

Encadré n°16 : *Conflit social après adoption de méthode de contraception*

[...]. Ici, il y a souvent des conflits qui naissent à cause de la PF. Nous en avons rencontré la dernière fois. C'est une dame qui est membre du bureau du COGEC. Je connais bien son mari et je sais qu'il ne va pas accepter que sa femme le fasse ; car, je sais bien comment il réagit. J'ai posé des questions à propos et elle a dit que son mari est au courant et avait donné son aval. Pourtant, je lui ai dit de revenir avec son mari avant que je n'accepte qu'elle fasse la PF. Mais, à mon insu, elle s'est rendue chez la sage-femme qui était à la séance pour le faire.

[...]. J'étais là un jour quand le Chef du village m'adressa une convocation. Je m'étais rendu chez lui et à ma grande surprise c'était le mari de la dame qui était allé m'accuser d'avoir fait une planification familiale à sa femme sans son consentement. Malgré toutes mes explications et celles de sa femme, le mari avait continué de m'accuser. J'ai dû faire appel à des gens qui étaient présents pour qu'ils viennent témoigner. C'est ce qui m'avait sorti de ce conflit ce jour-là

Référence : Entretien avec un agent de santé du CSA Tchi-Ahomadégbé

Source : Données de terrain, Janvier 2019

Toutes ces récits des agents de santé de diverses localités, impliquant les maris ont tous une particularité. Ils ont une même étiologie, adoption clandestine d'une méthode de contraception médicale issue d'un arrangement entre l'usagère et l'agent de santé. Quand le mari finit par découvrir le pot aux roses, il déverse tout sur l'agent de santé, le tenant bien souvent comme seul responsable.

« [...] C'est vrai que nos femmes sont de plus en plus têtues mais les agents de santé les manipulent souvent. Depuis qu'elles sont enceintes, elles [les agents de santé] leur parlent de ça et petitement ces paroles gagnent leurs esprits et à ton insu. Elles font la PF. » (Intervenant focus group hommes_ Adjintimey_ janvier 2019)

Un autre informateur complète

« [...] Comment parler à une femme qui a un enfant dans son ventre de limiter les naissances. [...] Si ce n'est pas la sorcellerie. » (Intervenant focus group hommes_ Adjintimey_ janvier 2019)

Pour ces informateurs, sensibiliser une femme pendant les séances de CPN_ Consultation prénatale_ est synonyme d'incitation à une adoption clandestine de méthode contraceptive importée. Les séances de sensibilisation exclusives³² sont aussi pointées du doigt par ces derniers ; elles constituent des moments où les agents de santé incitent les femmes à la rébellion suivant les données recueillies sur le terrain. Les agents de santé de leur côté soutiennent qu'ils sont dans leur rôle et ajoutent que ces genres d'accusation émoussent leurs ardeurs.

« [...] Même quand la femme veut faire et que tu lui fais ça en cachette, tu risques d'avoir de problème avec son mari. Il risque de te convoquer [...]. On a même peur de faire adopter la

³² Voir 4.2.1- Organisation des séances de sensibilisation

méthode aux femmes sans le consentement éclairé du mari » (Entretien_ Agent de santé_ Djacotomey_ janvier 2019)

Un autre agent renchérit

« [...] Il y a certains hommes qui bien qu'ils vivent dans la pauvreté, disent qu'ils ne peuvent pas avoir payé pour prendre une femme et ne pas pouvoir faire autant d'enfants que possible de son ventre [selon l'enquête ils utilisent l'expression payer en référence à la dot qu'ils ont donnée pour épouser la femme]. Même si la femme souffre, ça ne les concerne pas. Dans ce cas, quand la femme vient te voir en cachette, je suis une femme aussi, je compatis et je les aide. Mais avec ce qui se passe maintenant je ne fais plus » (Entretien_ Agent de santé_ Djacotomey_ janvier 2019) _

Les agents de santé selon les discours sont pris entre le marteau et l'enclume ; leur statut d'agent de santé et celui de femme, mère de famille. L'analyse des propos des uns et des autres laisse voir plutôt un malentendu entre les hommes et les agents de santé. La contraception importée a certes pour rôle d'informer la femme, de l'orienter sur les méthodes pouvant l'aider à avoir une fécondité responsable ; ainsi le message de la contraception est destiné prioritairement à la femme. Mais cette orientation ne devrait pas se faire sans associer les hommes puisque la notion de la gestion de la fécondité concerne le couple. (PSI, 2017)

Héritier (2002) souligne que, le droit et l'accès à la contraception médicale représentent le levier « permettant aux femmes de soulever le poids de la domination masculine » (2002 : 239), car elle les libère justement « au point exact où était ancrée leur sujétion » (*Ibidem* : 188). Plus explicitement, le fait que les hommes s'accaparent de la gestion de la fécondité sans impliquer les femmes jadis ; constitue une injustice que les méthodes de contraception médicale viennent régler. Ces méthodes permettent de bannir cette domination masculine par la dissociation nette qu'elles opèrent entre la sexualité et la procréation. Le sexe n'est pas fait que pour avoir des enfants ; la femme a donc la liberté d'y aller et d'en jouir sans la crainte de contracter une grossesse. C'est en considérant cet aspect de la contraception médicale que Héritier (2002), la qualifie de « **la porte royale d'entrée dans un statut d'égalité** » (*Ibidem* : 368), bouleversant les catégories du masculin et du féminin. Elle [Héritier] en indiquant que le droit d'utiliser ces méthodes et d'en avoir même accès sont les signes annonciateurs « [...] **prise par les femmes du contrôle de leur propre fécondité** », laquelle « revient pour elles à sortir du lieu de la domination » (*Ibidem* : 248). Il paraît quand même opportun de préciser que le développement fait par Héritier (2002) ne se limite pas un raisonnement féministe qui se contente de critiquer l'enchaînement qui voudrait qu'un contrôle de sa fécondité par la femme débouche sur son autonomie, mais plutôt l'enchaînement antérieur, selon lequel « **grâce à la contraception, la femme devient maîtresse de son corps** » (*Ibidem* : 143).

Inciter donc les femmes à être mettre maîtresses de leurs corps, fait partir des prérogatives de l'agent de santé. Seulement que dans le contexte *ajà* où l'homme pendant des décennies a été maître absolue de la femme, se réfèrent souvent à la dot verser à la famille de la femme, qui constitue le prix d'achat de cette dernière, la mise en pratique de ce discours paraît délicat et demande du temps. A cet effet, les *ajanu* ainsi que les agents de santé ont formulé des suggestions.

4.4- SUGGESTIONS DES ACTEURS

Une recherche-action a pour objectif principal de fournir un cadre aux investigations qualitatives. Elle fournit aux chercheurs après identification du problème, les éléments pour la mise en œuvre de stratégie visant la résolution « personnalisée » de ce dernier. La recherche-action sort de ce fait, des raisonnements statiques qui visent à reproduire une même solution un peu partout (Catroux, 2002). Ainsi, étant dans une recherche-action et que des pistes de réflexion doivent être ouvertes en vue de la hausse des indicateurs en matière de contraception médicale, planification familiale (PF) ; les suggestions des acteurs ont été recueillies. Ces derniers ont formulé des suggestions en vue de l'amélioration des statistiques en matière de contraception médicale.

4.4.1- LES ACTEURS DE L'OFFRE

Au cœur des suggestions des prestataires de soins, les acteurs de l'offre, se trouve l'organisation des séances de sensibilisation. Ces acteurs désirent avoir plus de partenaires dans le cadre de l'organisation des séances de sensibilisation ainsi que la présence effective de ces partenaires au cours desdites séances.

« [...] Pour que la PF marche, il faut la sensibilisation, beaucoup de sensibilisations ; et c'est les partenaires qui peuvent nous aider. [...] Les centres que vous citez-là, qui ont de bonnes performances sont ceux qui ont beaucoup de partenaires. Nous ici, nous n'en avons pratiquement pas. » (Entretien_ agent de santé_ Betoumey_ décembre 2018)

Un autre acteur renchérit en ces termes

« [...] Si la PF marche un peu, un peu ici c'est parce qu'il y a des partenaires qui viennent nous aider, ABPF et les ONG CERADIS et OSV Jordan. Ils ont formé des jeunes femmes et hommes de la communauté qui font les sensibilisations de porte à porte sur la PF » (Entretien_ Agent de santé_ Totchangni_ mars 2019)

Dans une autre localité, un agent de santé ajoute,

« [...] Il y a eu des séances de campagnes gratuites avec l'ABPF de Lokossa ; ça nous a permis d'avoir quelques femmes. Mais nous ne pouvons attendre ces occasions, nous devons pouvoir les faire nous-mêmes, c'est pour ça que nous désirons avoir des partenaires pour la PF spécialement. » (Entretien_ Agent de santé_ Avédjin_ mars 2019)

Un autre agent de santé souligne que

« [...] Nous voulons des partenaires pour faire plus de séances de sensibilisation mais il faut qu'ils y participent pour nous appuyer ; les villageois croiront plus. » (Entretien_ Agent de santé_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Une multiplicité de partenaires est gage, selon ces acteurs, de l'organisation régulière de séance de sensibilisation. La totalité des agents de santé soulignent que l'appui technique et financier des partenaires constitue un facteur de réussite et de régularité des séances de sensibilisation. Ils confient qu'en plus de leur appui, leur présence pendant les séances de sensibilisation (stratégie avancée) rehausserait l'image de ces séances et attesterait de la pertinence, de la crédibilité de l'information véhiculée. La multiplicité des partenaires permettra aussi de reproduire, les stratégies de sensibilisation mise en œuvre à Totchangni, Ahomadégbé et Avédjin et permettra à ces centres de maintenir le cap.

4.4.2- LES ACTEURS DE LA DEMANDE

Du côté de la demande, les acteurs ont une multitude de suggestions, allant de la disponibilité de toutes les méthodes à l'association de tous les acteurs aux séances de sensibilisation.

- **Séances de sensibilisation inclusives**

Les demandeurs de soins, spécifiquement les hommes, suggèrent des séances de sensibilisation inclusives ; les hommes *ajà*, souhaitent être informés au même titre que les femmes. Cette suggestion émanant des hommes, vient en première position dans la majorité des discours recueillis.

« [...] Qu'ils [acteurs de l'offre] arrêtent de gêner les oreilles de nos femmes. [...] Nous [hommes] voulons entendre les choses qu'on leur dit aussi ; là nous saurons qu'ils [agents de santé] ne leur gênent pas les oreilles. » (Intervenant focus group_ hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Un autre acteur souligne que

« [...] Pourquoi, nous [hommes] excluent-ils [agents de santé] ; que cachent-ils ? Qu'ils nous invitent aussi, nous voulons écouter et nous instruire aussi ; si c'est pour notre bien pourquoi ne pas essayer ? Mais la manière dont ils procèdent, c'est comme-ci, les hommes ne doivent pas être informés. » (Intervenant focus group_ hommes_ Adjintimey_ janvier 2019)

Les séances de sensibilisation à caractère exclusif vis-à-vis des hommes sont perçues par ces derniers comme des moments où les agents de santé « gênent » les oreilles des femmes. Ces hommes voient en ces séances des occasions pour semer la rébellion dans l'esprit des femmes *ajà* ; vu qu'ils ne sont pas associés. Ils suggèrent alors des séances inclusives pour être informés au même moment que les femmes. Ils attestent de leur disponibilité pour y participer.

- **Disponibilité des hommes à participer aux séances**

Les hommes *ajà* enquêtés soulignent leur disponibilité à participer aux séances de sensibilisation ; ils mettent l'accent sur le fait de vouloir écouter les agents de santé au même moment.

« [...] Nous [hommes] y serons qu'ils [agents de la santé] organisent seulement. Nous voulons écouter aussi. » (Intervenant focus group_ hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Un autre acteur ajoute

« [...] A l'allure où vont les choses, c'est mieux d'aller écouter avec les femmes ; surtout s'ils [agents de santé] passent par les chefs de villages. Si eux sont impliqués alors, je pense que tous les hommes viendront en tout cas moi, j'y serai. » (Intervenant focus group_ hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Un notable souligne

« [...] Moi, je ne peux pas inviter quelqu'un et il va refuser. Alors qu'ils [agents de santé] impliquent les anciens et les hommes viendront facilement. » (Entretien_ Notable_ Ahomadégbé_ janvier 2019)

Ces informateurs assurent de leur disponibilité à participer aux séances de sensibilisation ; ils suggèrent aussi que les agents de santé aillent vers les autorités religieuses et locales ainsi que les anciens des localités afin de s'assurer de la présence effective de tous les hommes. En dehors des séances de sensibilisation en stratégie avancée, les hommes souhaitent surtout participer au tête à tête des agents de santé et des femmes, les séances privées. C'est à ces occasions que se disent les *vrais choses*.

« [...] Les séances de sensibilisation, c'est bien mais on ne dit pas tout en public. Moi, je voudrais savoir ce qu'on dit à ma femme en privée. C'est là qu'elles [agent de santé et femme *ajà*] se disent les vraies choses. » (Intervenant focus group_ hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Un autre intervenant ajoute

« [...] Oui, il a raison, c'est là que les agents de santé, leur mettent de mauvaises idées dans la tête. » (Intervenant focus group_ hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Ainsi, la majorité des hommes enquêtés souhaitent participer aux séances de sensibilisation publiques mais surtout privées, entre l'agent de santé et la femme. Ils sont convaincus que leur participation à ces séances mettra un terme à la pratique du *tapé dos*.

- **Minimisation des effets secondaires**

Les demandeurs de soins, hommes comme femmes, suggèrent l'amélioration des formules des méthodes contraceptives afin qu'il y ait moins d'effets secondaires. La majorité des enquêtés citent les effets secondaires comme deuxième cause de non adoption des méthodes de

contraception médicale ; ils suggèrent à cet effet que leurs compositions soient revus afin de minimiser les effets secondaires.

- **Elargissement de la gamme contraceptive**

Les enquêtés, en particulier les femmes *ajà* suggèrent la mise à disposition de plus de méthodes contraceptives. L'élargissement de la gamme contraceptive par la mise à disposition de plusieurs méthodes offrira aux femmes selon les discours plus d'options. La multiplicité des options selon les enquêtés participera à une éventuelle minimisation des effets secondaires.

« [...] Si nous avons beaucoup de méthodes, nos choix ne seront pas restreints et chaque femme aura la méthode qui convient le mieux à son organisme. » (Intervenante_ Focus group_ Femmes_ Ahomadégbé_ janvier 2019)

La disponibilité de plusieurs méthodes selon les discours des acteurs, les femmes en particulier, rime avec la possibilité d'une minimisation des effets secondaires. La restriction de la gamme contraceptive dans ce cas est perçue comme un facteur aggravant des effets secondaires. Elles suggèrent de ce fait, un élargissement de la gamme.

- **Dispositif d'accompagnement en cas de complication suite aux effets secondaires**

Les acteurs de la demande (hommes et femmes) suggèrent la mise en place d'un dispositif d'accompagnement en cas de complication suite aux effets secondaires afin d'éviter aux familles des dépenses supplémentaires. Ce dispositif, fortement souhaité par les acteurs, soulagera selon les discours les familles qui souvent ont des difficultés à faire face aux dépenses.

« [...] Je vous ai expliqué tout à l'heure que j'ai vendu mes biens pour soigner ma femme. [...] Si les autorités peuvent penser à un moyen pour accompagner les familles en cas de complication comme dans le cas de ma femme serait bien. » (Autorité religieuse_ Adjintimey_ janvier 2019)

Un autre acteur souligne

« [...] Ils [acteurs de l'offre] font des sensibilisations pour l'adoption des méthodes mais quand il y a complication, ils sont absents. [...] Je suggère que tout comme ils nous [ajanù] poussent à adopter les méthodes de PF quand il aura des complications qu'ils nous assistent ; qu'ils réfléchissent à ça pour nous soulager. » (Intervenant_ focus group hommes_ Gnizoumey_ décembre 2018)

Une dame ajoute

« [...] Je demande que les autorités mettent en place un mécanisme dans lequel chaque femme sous contraceptive médicale sera inscrite ; ainsi quand une femme aura des complications, elle sera prise en charge. Ce n'est pas bien que nous soyons abandonnées en cas de complication. » (Intervenante_ focus group femmes_ Avédjin_ mars 2019)

Les enquêtés, homme et femme, notifient leur désarroi en cas de complication ; le sentiment d'abandon se lie à travers les discours de tous les acteurs en l'occurrence ceux ayant vécu cette situation. Ils suggèrent de ce fait, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement en cas de complication des effets secondaires. Dans ce dispositif, toutes les femmes ayant adopté une méthode de contraception médicale seront enrôlées et suivies de près ; ceci permettra dans un premier d'éviter les complications et s'il en aurait alors, la femme serait automatiquement prise en charge.

La prise en compte de ces suggestions suivant les informateurs constitue un facteur de hausse des indicateurs des services de contraception médicale, planning familial, objectif phare de la présente recherche.

CONCLUSION

La présente recherche met en évidence, la difficile intégration des méthodes de contraception importée dans les habitudes de soins des *ajànù* du Couffo. Elle a l'ambition de contribuer à l'avancement de la recherche scientifique en élevant un pont entre l'anthropologie et la santé publique à l'instar de l'ouvrage *Une médecine inhospitalière* de Jaffré et Olivier de Sardan (2003), qui a relevé les difficiles relations soignants-soigné dans quelques capitales africaines. En effet ce travail, nous l'espérons, contribuera à une meilleure compréhension des difficultés qui jalonnent le parcours des couples *ajà* dans le processus d'adoption d'une méthode de contraception importée. La connaissance de ces difficultés permettra aux experts et aux partenaires tels que Enabel d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion afin que les *ajànù* jouissent pleinement des bienfaits de la contraception importée dans le respect de leur culture. Car, comme le suggèrent Dozon et Fassin (2001 : 8), Jaffré (1999), la limite de la recherche anthropologique dans le traitement des sujets du genre, qui s'illustrent par la présence des représentations sociales, tient dans la détermination de la frontière entre l'anthropologie et la santé publique. Cette détermination de frontière souvent « apparaît comme un savoir et un savoir-faire » (Dozon et Fassin, 2001 : 8). Alors, la résolution de ces difficultés dans le respect de la culture des *ajànù* constitue la garantie de la réussite de la présente recherche.

Ainsi, l'identification du problème qui constitue l'entrave à la fréquentation d'un service de santé ne doit pas se faire avec un esprit ethnocentrique, en réduisant l'« autre » à sa culture ou voit sa culture comme un obstacle (Fassin, 2001). Pour que les approches de solutions ne visent essentiellement la transformation de l'« autre », en vue éviter de tomber dans les travers à caractère ethnocentriques qui ont tendances à proposer « [...] les analyses en termes de facteurs, de résistances ou d'obstacles culturels qui servent souvent à rendre compte des difficultés des programmes de santé publique en mettant en cause les comportements de leurs destinataires plus volontiers que les pratiques de leurs agents » (Dozon et Fassin, 2001:10). Une approche pareille, à notre sens ferait perdre de vue la correction des quelques tares constatées chez les acteurs de l'offre de soins.

Dans le souci donc d'éviter ces travers, nous nous sommes attelée à connaître dans un premier temps la gestion de la fécondité en milieu *ajà-fon* du Couffo avant l'introduction des méthodes de la contraception importée. Quelques pratiques locales de contraception des *ajànù* ont été répertoriées à cet effet ; l'identification de ces pratiques locales constitue la preuve que les *ajànù* n'ignorent pas le bien-fondé de l'utilisation des méthodes contraceptives dans un foyer. La présente recherche étant essentiellement focalisée sur les représentations sociales liées aux méthodes contraceptives importées qui entravent leur adoption dans l'aire culturelle

ajà. Il m'a paru opportun de comprendre l'organisation sociale des couples sur le plan de la gestion de la fécondité avant l'introduction des méthodes importées.

Ainsi, le coït interrompu, la mise en jachère et les produits issus de la médecine locale constituent les méthodes couramment utilisées dans la contraception locale. L'utilisation de ces méthodes est l'apanage des hommes *ajà*, il leur confèrent le droit absolu sur la gestion de la fécondité de leurs foyers. Ils décident ainsi de quand avoir un enfant, avec qui l'avoir et ces méthodes les aidaient aussi à remettre dans les rangs, une femme qui tarde à comprendre. Ces méthodes locales constituent de ce fait les moyens contraceptifs mais aussi de régulation de la vie sociale au sein des familles.

Les méthodes de contraception importée quant à elles, prônent la gestion de la fécondité par la femme, qu'elles rétablissent maîtresses de leurs corps suivant Héritier (2002) ; ceci étant en contradiction avec la culture des *ajànù*. Les méthodes de ce type de contraception étant essentiellement féminines ne nécessitent pas forcément l'avis de l'homme même si le protocole suggère que le couple en discute avant adoption. Ainsi, les femmes *ajà* potentielles utilisatrices de ces services « soutenues » par les agents de santé écartent souvent les hommes de ce processus. Cette prise de pouvoir des femmes constitue de ce fait une entorse à l'organisation sociale de la société *ajà* d'où la naissance des conflits sociaux opposant régulièrement agents de santé et maris *ajànù*, dont les femmes ont adopté clandestinement pour une méthode de contraception médicale.

Les séances de sensibilisation à caractère exclusif sont perçues aussi par les hommes comme une menace pour la cohésion de leur couple, et génèrent des poches d'opposition vis-à-vis de cette forme de contraception. Ainsi, cette concentration des efforts de sensibilisation sur les femmes, sous-entend que, les hommes sont suivant cette nouvelle forme de contraception des acteurs passifs dans la gestion de la fécondité de leurs ménages ; ce qui va une fois encore à l'encontre des normes de la société *ajà*. Ce manque de négociation des « interactions entre des codes culturels » différents (Dozon et Fassin, 2001: 10)³³, les codes culturels dans l'aire culturelle *ajà* et celui de la biomédecine, constitue une autre entrave à l'adoption des méthodes de contraception médicale.

Enfin, le vécu des uns, ayant fait l'expérience des méthodes de contraception importée et ayant subi les affres des effets secondaires ou des événements sociaux pas gais (divorce, maladie « mystiques », etc.) alimentent les réticences des autres à aller vers l'adoption de ces méthodes.

³³ En d'autres termes, « "culture" is something that is as much embedded in the actions of "providers" as it is in those of contraceptive "users" » (Russel et Thompson, 2000)

En somme, le changement de camp du pouvoir de décision en matière de gestion de la fécondité ainsi que les perceptions liées aux effets secondaires constituent les difficultés majeures qui entravent le processus de l'adoption des méthodes importées de contraception du côté de la demande de soins. Quant à l'offre, l'indisponibilité des intrants (tous les produits de la gamme contraceptive) et du personnel qualifié constituent les principaux obstacles sur le chemin de l'adoption des contraceptifs médicaux.

A travers cette étude anthropologique, on comprend que l'adoption d'une méthode de contraception importée au sein d'un couple *ajà* est multi facteurs et les déterminants sociologiques jouent un rôle capital à côté de ces facteurs. L'approche socio-anthropologique se révèle donc indispensable pour la monographie détaillée des contextes et des groupes stratégiques, et l'identification des leviers pouvant favoriser la résolution de l'équation que pose l'adoption de ces méthodes importées dans les habitudes de fécondité des *ajànù* du Couffo. En somme, la socio-anthropologie apporte un éclairage sur les réalités socioculturelles et les pratiques, des relations soignants-soignés pour une meilleure utilisation des services de santé

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Afrique Conseil (2006), *Monographie de la commune de Lalo. Programme d'appui au démarrage des communes*, Mission de décentralisation. République du Bénin. Rapport de consultation. Avril 2006. Consultant : Dr. Chabi Félix BIAOU. 68 p.
2. Agbéré, S., (2008), *Qualité des soins de santé modernes dans les structures sanitaires en Afrique subsaharienne*, Mémoire de DEA, Université de Lomé, 105 p.
3. Aguia-Daho J., Kpatchavi, A., Amouzouvi, H., (2013), « Obstétrique moderne versus obstétrique traditionnelle : les deux visages de la prise en charge de la douleur chez les femmes enceintes », *Annales de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines Université d'Abomey-Calavi (Bénin)* Vol 2, N°19, décembre 2013, pp. 67-80
4. Aissan, J., Bokossa, Y., Dresse, A., Zinsou, F., (2013), *Les Acquis du Projet de recherche-Action "interface entre Prestataires de soins officiels et traditionnels" dans LA Zone sanitaire de KlouékAnmè-Toviklin-Lalo*, Coopération Technique Belge, 25 p.
5. Alpe Y., (2005), *Le lexique de sociologie*, Dalloz, Paris, 529 p.
6. Anani I., (2008), « La dot dans le code des personnes et de la famille des pays d'Afrique occidentale francophone : Cas du Bénin, du Burkina-Faso, de la Côte d'Ivoire et du Togo. » in The Research Department, The Danish Institute for Human Rights ; 45p.
7. Andersen R. M, Newman J. F, (1973), *Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*. Milbank Memorial Fund Quarterly– Health and Society, 95-124 pp.
8. Antoine P., (2002), Les relations intergénérationnelles en Afrique, approche plurielle. Nogent-sur-Marne, CEPED, 167-195 pp.
9. Arborio, A. (2007). « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier ». *Recherche en soins infirmiers*, 90(3), 26-34 pp.
10. Arce A et Long N. (2000), « Reconfiguring modernity and development from an anthropological perspective », in: Norman LONG et Alberto ARCE (ED.), *Anthropology, Development and modernities*, pp. 1- 31. London: Routledge, 323 p.
11. Assaba C. (1998). *Méthodologie où méthodique ?* édition CLAS-2002, 80p.
12. Attanasso O. et al. (2007). *Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001.*, Paris : Centre français sur la population et le développement (CEPED), 66 p.
13. Auge M. et Heritier F. (2002). « Famille », in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris : Presses universitaires de France, 273-275 pp.

14. Audibert, M., Mathonnat J., et De Rootenbeke, E., (2003), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, 506 p.
15. Azalou-Tingbe A. (2015). *Le nom individuel chez les aja-fon. Une sociologie de l'anthroponymie*, Les éditions Ablodé, Cotonou, 344p.
16. Baba-Moussa, A., *et al.*, (2012), « Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la région africaine de l'OMS : Répondre au défi » *Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazaville, Health Systems and reproductive Health Issue 14*.
17. Bafinamene K. (1999). La stérilité du couple : approche théologique et pastorale en milieu ecclésial négro-africain. Mémoire de théologie, faculté de théologie évangélique de Bangui, 164p.
18. Keugoung B. et Bruno M., (2015), « Du système d'information sanitaire à l'intelligence collective Recentrer le district sanitaire sur la population grâce aux TICs », *Background Paper N° 1*, 19 p.
19. Barraud E., (2010), « La filiation légitime à l'épreuve des mutations sociales au Maghreb », *Droit et cultures*, 255-282 pp.
20. Bellache Y., (2010), *L'économie informelle en Algérie, une approche par enquête auprès des ménages : le cas de Bejaia. Economies et finances*, Université Paris-Est, 249 p.
21. Benoist J., (1996), *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 451p
22. Bestard J., (2011), « Constructivisme et biologisme dans les relations de filiation » in *l'argument de la filiation*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 249-264 pp.
23. Boudon R. et Fillieule V., (2002), *Les méthodes en sociologie. Que sais-je ?* Presses Universitaires de France, 128p.
24. Bretin, H., (1992), *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins.*, Éditions Inserm. Paris, 230 p.
25. Bretin, H., (2004), « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. » in *Sciences sociales et santé*. 22 (3), 87–110pp.
26. Bretin H. et Kotobi L., (2016), Inégalités contraceptives au pays de la pilule., *Agone*. 58 (1), 123–134pp, Available from: doi:10.3917/agone.058.0123.
27. Bierschenk T. et Olivier de Sardan J. (1998). « Les arènes locales face à la décentralisation et à la démocratisation. Analyses comparatives en milieu rural béninois », in: *Les pouvoirs au village: le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris: Karthala, 11-51pp.
28. Charton L. et Messier-bellemare C., (2015), « Internet, santé sexuelle et stratégies de négociation : une étude exploratoire », *Communiquer* [En ligne], 10 | 2013, mis en ligne le

21 avril 2015, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/communiquer/509>; DOI : 10.4000/communiquer.509

29. Delaunay V., (1994), *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socioéconomiques d'un milieu rural sénégalais*, Paris, CEPED, Les Études du CEPED : 326p.
30. Delaunay V., (1998), *La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakharau Sénégal 1984-1996 (Version mise à jour et augmentée du rapport Chahnazarian 1992)*, Dakar, Laboratoire Population et Santé, 132 p.
31. Delaunay V., (2000), « La fécondité en milieu rural sénégalais : à quand la transition ? » in *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris L'Harmattan, 21p
32. Delaunay V., (2001), « Sexualité et fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural sénégalais » in *Les transitions démographiques des pays du Sud.*, Rabat, 52 p.
33. Durkheim E., (1888), « Introduction à la sociologie de la famille », version électronique et extrait des Annales de la Faculté de lettres de Bordeaux, 10, in <http://classiques.uqac.ca/classiques>, 257- 281 pp.
34. Durkheim E, (1912), *Les formes de vie religieuse : le système totémique en Australie*, Paris, les presses universitaires de France, 647 p.
35. Gautier A., (2004), « Introduction » in *Les politiques de planification familiale : cinq expériences nationales*. Paris : Centre français sur la population et le développement (CEPED), 1-24 pp.
36. Garenne M. et Zanou B., (1995), « L'État Civil en Afrique : que peut-on en tirer ? » in *Clins d'œil de démographes à l'Afrique et à Michel François*. Paris, CEPED : pp. 29-42.
37. Guillaume A. (2004)., « Les pratiques contraceptives. », in, *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Paris : CEPED, 55-72 pp.
38. Guillaume A. et Khlal M., (2004), « Introduction », in *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Paris : CEPED, 1-10 pp.
39. Hassoun D., (2018), « Recommandations pour la pratique clinique Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières » in *RPC contraception CNGOFs*, Volume 46, Issue 12, December 2018, 873-882pp, <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.002>
40. Heritier F., (1996), *Masculin/féminin. La pensée de la différence*, Odile Jacob, Paris, 20p.
41. Jaffre Y. et Olivier de Sardan J., (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD-Khartala, coll. « Homme et société », Paris, 463p.
42. Kaufmann J-C. (1994). « La Sociologie du couple », in *Revue des politiques sociales et familiales*, 67-68 pp.

43. Lamboley M. et al., (2011), « L'approche intersectionnelle pour mieux comprendre le mariage forcé de femmes immigrantes à Montréal », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, 127-141 pp
44. Lazzeri C. et Nour S., (2009), *Reconnaissance, Identité et intégration Sociale*, Presses universitaires de Paris Nanterre, 463 p.
45. Mbackéleye M. et al., (2015), « Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal) » in *Santé Publique*, vol. 27(1), 107-116 pp, doi:10.3917/spub.151.0107.
46. Moussa H., (2008), *Entre absence et refus d'enfants : Socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*, Thèse d'Anthropologie Sociale, Marseille : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 308 p.
47. Moreau A., (2001), « De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce. » in *Dialogue. Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille - 2e trimestre*, 9-16 pp.
48. Mosse D., (2004), « Is good policy unimplementable ? Reflections on the ethnography of aid policy and practice », in *Development and change*, Vol. 35, n°4 (Septembre, 2004) pp. 639-671
49. Olivier de Sardan J., (1990), « Sociétés et développement », in *Sociétés, développement et santé* Paris : Ellipses, 28-37 pp.
50. Olivier de Sardan J., (1995), *Anthropologie et développement : essai en socio anthropologie du changement social*, Marseille : APAD (Hommes et sociétés), Paris : Karthala. 221 p.
51. Olivier de Sardan J., (1996), *Choix de méthodes contraceptives : guide théorique et pratique.*, Genève, Rapport de l' OMS. 143 p.
52. Payet G., (2001), « Nom et filiation à La Réunion : de l'histoire à la clinique. » in *Cliniques méditerranéennes*, n° 63, 179-192 pp.
53. Perche M., (2010), *Pratiques et perceptions de la prise en charge de l'IVG à La Réunion, étude qualitative*. Rapport de recherche, ORS Réunion.
54. Pourchez L., (2000), « Nourritures paternelles à La Réunion », n°1 de la revue *L'autre. Clinique et culture, approche transculturelle*. Juin 2000, 45-64 pp.
55. Quivy R. et Campenhoudt L., 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, 3^e Ed, Dunod. 260 p.
56. Rabiou A. et Rufa'i, A., (2018), Le rôle des méthodes contraceptives traditionnelles dans la planification familiale chez les femmes fréquentant des centres de soins de santé primaires à Kano in *Annals of African Medicine*, 17 (4), 189–195pp. doi: 10.4103 / aam.aam_60_17

57. Saillant, F. (1999), « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *In Anthropologie et Sociétés, Soins, corps, altérité*, vol. 23 no 2, 15-39 pp.
58. Saillant, F. et Gagnon E., (1996), « Le self-care : de l'autonomie-libération à la gestion du soi » *In: Sciences sociales et santé*. Volume 14, n°3, 17-46 pp.
59. Saillant, F., (1991), « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion » *Inrecherche féministe*, pp. 11-29.
60. Teil, A., (2000), « Qu'appelle-t-on système de soins ? », *Organisation, décision et financement du système de soins*, adsp n° 33, pp. 26-27.
61. Teixeira, M., (2002), « Creusat, Laurence. – Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2000, 273 p., cartes, glossaire, index, bibl. (« Anthropologie »). », *Cahiers d'études africaines* [Online], 167 | 2002, Online since 22 June 2005, connection on 25 June 2019. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/1498>
62. Tourneux H., (2007), *Dictionnaire peul du corps et de la santé* (Diamaré, Cameroun), Paris, Karthala / OIF, 614 p.
63. Vandebulcke, C. (1999), « L'accueil : l'hospitalité à l'hôpital - concept et évaluation », *InRecherche en soins infirmiers* n°57, pp. 4-37.
64. Willett, G., (1996), « Paradigme, théorie, modèle, schéma : qu'est-ce donc ? », *Communication et organisation* [En ligne], 10 | 1996, mis en ligne le 26 mars 2012, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/1873> ;
65. Yoro, B., M. (2012). « Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique », *Recherches Qualitatives*, 31(1): pp. 47- 61

ANNEXE

GUIDES D'ENTRETIEN

Résoudre l'équation d'adaptation des méthodes de contraception médicale aux habitudes de contrôle de fécondité en milieu ajà-fon (sud-Benin). Regard anthropologique sur la fréquentation des fosa publiques

I. Autorités locales : Maires, chefs d'arrondissements et de villages, notables

1. Histoire du village (monographie) et de la FOSA publique : création, personnel, évènements sociaux, interactions avec le personnel – liens avec la faible utilisation des services de planification familiale ;
2. Causes de la faible utilisation des services de planification familiale : disponibilité, barrières économiques, relation avec le personnel (plaintes), barrières culturelles (croyances, rites, pratiques traditionnelles, normes sociales, rapports femmes/hommes, prise de décisions dans les ménages), usages d'autres méthodes, etc. ;
3. Rôle/importance des méthodes de contraception locale dans le foyer *ajà* ;
4. Suggestions pour l'amélioration de l'utilisation des services de planification familiale.

II. Responsables d'églises et de couvents

1. Causes de la faible utilisation des services de planification familiale : croyances religieuses, normes sociales, rites, pratiques traditionnelles, relation avec le personnel (plaintes), etc.), usages d'autres méthodes, etc.
2. Rôle/importance des méthodes de contraception locale dans le foyer *ajà* ;
3. Suggestions pour l'amélioration de l'utilisation des services de planification familiale

III. Personnel de santé : médecins coordonnateurs de zone, médecins chefs, agents de santé des formations sanitaires publiques

1. Causes de la faible utilisation des services de planification familiale : disponibilité, barrières économiques, relation avec le personnel (plaintes), barrières culturelles (croyances, rites, pratiques traditionnelles, refus des conjoints, etc.), usages d'autres méthodes, etc. ;
2. Rôle/importance des FOSA publiques dans l'adoption des méthodes de contraception médicale par les *ajànù* ;
3. Suggestions pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé – des méthodes modernes de planification familiale.

IV. Membres des comités de santé

1. Histoire du village (monographie) et de la FOSA : création, personnel, événements sociaux, interactions avec le personnel ;
2. Causes de la faible utilisation des services de planification familiale : disponibilité, barrières économiques, relation avec le personnel (plaintes), barrières culturelles (croyances, rites, pratiques traditionnelles, refus des conjoints, etc.), usages d'autres méthodes, etc.
3. Rôle/importance des méthodes de contraception locale dans le foyer *ajà* ;
4. Implication du comité de santé l'utilisation des services de santé _ méthodes de planification familiale
5. Suggestions pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé – des méthodes modernes de planification familiale.

V. Praticiens de la médecine traditionnelle et matrones

1. Différents types de praticiens de la médecine traditionnelle – hommes/femmes ;

2. Rôle des praticiens de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des problèmes de santé – méthodes de contraception locale
3. Histoire du village (monographie) et de la FOSA : création, personnel, évènements sociaux, interactions avec le personnel ;
4. Causes de la faible utilisation des services de planification familiale : pratiques traditionnelles, barrières économiques, qualité des soins, relation avec le personnel (plaintes), barrières culturelles (croyances, rites, normes sociales, rapports femmes/hommes, prise de décisions dans les ménages, etc.), etc.
5. Suggestions pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé – des méthodes modernes de planification familiale.

VI. Représentants PTF et associations

1. Histoire, domaines d'intervention et relation/collaboration avec les FOSA dans la fréquentation des services de santé ;
2. Causes de la faible utilisation des services de planification familiale : disponibilité, barrières économiques, relation avec le personnel (plaintes), barrières culturelles (croyances, rites, pratiques traditionnelles, refus des conjoints, etc.), usages d'autres méthodes, etc.
3. Rôle du comité de santé l'utilisation des services de santé _ méthode de planification familiale
4. Suggestions pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé – des méthodes modernes de planification familiale.

VII. Usagers des formations sanitaires publiques

1. Histoire du village (monographie) et de la FOSA : création, personnel, évènements sociaux, interactions avec le personnel ;
2. Causes de la faible utilisation des services de planification familiale : disponibilité, barrières économiques, relation avec le personnel (plaintes), barrières culturelles (croyances, rites, pratiques traditionnelles, refus des conjoints, etc.), usages d'autres méthodes, etc.
3. Rôle du comité de santé l'utilisation des services de santé _ méthodes de planification familiale
4. Suggestions pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé – des méthodes modernes de planification familiale.

IV. Non usagers des formations sanitaires publiques

1. Histoire du village (monographie) et de la FOSA : création, personnel, évènements sociaux, interactions avec le personnel ;
2. Causes de la faible utilisation des services de planification familiale : disponibilité, barrières économiques, relation avec le personnel (plaintes), barrières culturelles (croyances, rites, pratiques traditionnelles, refus des conjoints, etc.), usages d'autres méthodes, etc.
3. Rôle/importance des méthodes de contraception locale dans l'équilibre des couples en milieu *ajà*
4. Rôle du comité de santé l'utilisation des services de santé _ méthodes de contraception médicale
5. Suggestions pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé – des méthodes modernes de planification familiale.

GRILLES D'OBSERVATIONS

I- Grille d'observation de l'organisation des services de santé dans les fosa visitées

Tableau III : Grille d'observation de l'organisation des services de santé dans les fosa visitées

Centres de santé	Période	Informations recherchées	
		Situation géographique des CS	<ul style="list-style-type: none"> • Position géographique (enclavement par rapport aux agglomérations, état des voies menant au centre de santé ; • Kilométrage selon les normes standards ; • Cartographie du paysage sanitaire du milieu (inventaire des structures de soins formelles et informelles.
		Disponibilité et accessibilité aux soins	<ul style="list-style-type: none"> • Heures d'ouverture ; • Présence au poste des agents ; • Répartition des tâches ; • Accueil (orientation de l'utilisateur, langue, etc.) ; • Gardes (nombre d'agents qualifiés ; période etc.) ; • Existence d'une pharmacie ; • Disponibilité des médicaments.
		Qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Plateau technique (équipements, état du matériel) ; • Existence d'un cadre de référencement (disponibilité de l'agent, fiche de référence et de contre référence) ; • Personnel qualifié (nombre) ; • Relation entre usagers et prestataires de soins.
		Méthodes modernes de planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de l'agent qualifié ; • Durée de la prise en charge ; • Facteur linguistiques et relationnels. • Déroulement de l'entretien avec les femmes venues en consultation sur la PF (durée, contenu de l'entretien et attitude des agents de santé)

II- Grille d'observation dans les villages et quartiers de ville / ménages

Tableau IV : Grille d'observation dans les villages et quartiers de ville / ménages

Période	Informations recherchées	
	Activités quotidiennes et distraction	<ul style="list-style-type: none"> • Activités génératrices de revenus privilégiées par les hommes, • Activités génératrices de revenus privilégiées par les femmes, • Heures de départ et d'arrivée pour le service, • Existence de lieux de distraction publics,
	Rapport revenu et charge	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'enfants à charge par ménage, • Instruction des enfants, • Etat de santé des enfants, • Etat nutritionnel (si possible) des enfants, • Conditions de vie du ménage.
	Rapport de domination, habitudes de soins et pratiques religieuse	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement de la femme ou des femmes en présence de leur mari ou d'un représentant de ce dernier, • Comportement de l'homme envers sa femme, • Séparation des chambres (cases) du mari et celle(s) de sa (ses) femme(s), • Habitudes de soins du couple (préparation de tisanes, présence d'amulettes, etc.).

TABLE DES MATIERES

Dédicace	03
Remerciements	04
Sommaire	05
Sigles et acronymes	06
Liste des tableaux	07
Liste des figures	07
Liste des photos	07
Résumé	08
Abstract	08
Introduction	09
Première partie : Cadre théorique et approche méthodologique de la recherche.....	12
Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche.....	13
1.1- Utilité d'une recherche socio-anthropologique	13
1.2- Problématique	16
1.2.1- Enoncé du problème	16
1.2.2- Cadre conceptuel	20
1.2.3- Hypothèses de la recherche	22
1.2.4- Objectifs de la recherche	22
1.2.5- Modèle d'analyse	23
1.3- Etat de la question	24
1.4- Clarification conceptuelle	29
Chapitre 2: Approche méthodologique de la recherche.....	34
2.1- Cadre de la recherche	34
2.1.1- Contexte général de la recherche	34
2.1.2- Contexte spécifique de la recherche sur les méthodes de contraception médicale.	35
2.1.3- Présentation du cadre de la recherche	36
2.2- Dispositif méthodologique	50
2.2.1- Nature de la recherche	50
2.2.2- Population et institutions enquêtées	52
2.2.3- Déroulement de la collecte	53

Deuxième partie : D'une stratégie de soins à un choix féministe	57
Chapitre 3 : D'une responsabilité masculine à un choix féministe	58
3.1- Gestion de la fécondité chez les ajà-fon, une responsabilité masculine	58
3.1.1- Fécondité et honneur	58
3.1.2- Méthodes locales de contraception	59
3.1.3- But des méthodes locales de contraception	62
3.2- Offre contraceptive actuelle dans le Couffo	63
3.2.1- Disponibilité des méthodes de contraception importée dans le Couffo	64
3.2.2- Accessibilité des méthodes de contraception importée dans le Couffo	70
3.2.3- Pratiques contraceptives importées adoptées par les <i>ajànù</i>	74
3.3- Contraception importée, un choix féministe en milieu ajà	77
Chapitre 4 : Une contraception de tous les dangers, une réappropriation du discours officiel basé sur le vécu des autres	79
4.1- Constructions sociales autour de la contraception importée	79
4.1.1- Contraception comme aspiration à une vie extraconjugale	79
4.1.2- Contraception comme terreau de la désobéissance, toile de fond de la prostitution	82
4.2- Logique des hommes « résistants »	85
4.2.1- Organisation des séances de sensibilisation	85
4.2.2- Contraception comme obstacle à la procréation, un frein aux activités économiques	88
4.3- Perceptions des effets secondaires et conflits liés à leur utilisation	91
4.3.1- Perceptions des effets secondaires	91
4.3.2- Conflits sociaux autour des méthodes de contraception importée	95
4.4- Suggestions des acteurs	99
4.4.1- Les acteurs de l'offre de soins	99
4.4.2- Les acteurs de la demande	100
Conclusion.....	104
Références bibliographiques	107
Annexe.....	112