



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (FASHS)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)
« *Espaces Cultures et Développement* »

**LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE RECHERCHE RELIGIONS, ESPACES ET
DEVELOPPEMENT (LARRED)**

DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)

FILIERE
SOCIOLOGIE – ANTHROPOLOGIE

OPTION
SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

MEMOIRE

SUJET

**Perceptions et vécus de la contraception en
milieu *aja* au sud du Bénin**

Réalisé par :
Hugues GNAHOUI

Sous la direction du :
Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI
Professeur Titulaire/CAMES

Président du jury : Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI (Professeur Titulaire /CAMES)

Rapporteur : Dr. Charles BABADJIDE (Maître de Conférences /CAMES)

Examineur : Dr. Cyprien C. AHLOU (Maitre-Assistant /CAMES)

Date de soutenance : 20 octobre 2017

Mention : Très bien

Note : 16/20

Année Académique : 2016-2017

SOMMAIRE

Dédicace	3
Remerciements	4
Sigles et acronymes	5
Liste des tableaux	7
Liste des illustrations	7
Résumé	8
Abstract	8
Introduction générale.....	9
Première Partie : Considérations théorique et méthodologique de la recherche	11
Chapitre I : Cadre théorique	12
Chapitre II : Approche méthodologique.....	28
Deuxième Partie : Diversité de perceptions, construits sociaux de la procréation et usages de la contraception en milieu <i>aja</i>	43
Chapitre III : Diversité de perceptions de la contraception en milieu <i>aja</i>	44
Chapitre IV : Construits sociaux de la procréation et usages de la contraception en milieu <i>aja</i>	57
Conclusion générale	70
Références bibliographiques	72
Annexes	78
Table des matières	85

DEDICACE

A

Ma fille Fédora Madi Goretti GNAHOUI et mon épouse Ingrid Kayissan
AGBOGNITO.

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements :

- au **Professeur Dodji AMOUZOUVI**, sous la direction de qui, ce travail a été réalisé ;
- aux Responsables de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire, Espaces, Culture et Développement et aux membres de l'équipe d'encadrement du Diplôme d'Etudes Approfondies en Sociologie-Anthropologie du Développement pour les connaissances scientifiques qu'ils nous ont transmises au cours de la formation ;
- au Docteur **Nicolas AKOTCHAYE** et au Docteur **Karen GANYE** pour leur contribution à la réalisation de ce mémoire ;
- au Directeur Exécutif de l'OSV/Jordan Monsieur **Josephat AVOCE** pour sa contribution et son soutien permanent à toutes les étapes de cette recherche, qu'il en soit béni ;
- à tous mes collègues de l'**OSV/Jordan** pour leur assistance et soutien ;
- aux membres du **LARRED** pour leur soutien ;
- aux Responsables de la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo, les responsables des maternités, l'ensemble des informateurs et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation du présent travail de recherche, nous exprimons notre profonde gratitude.

SIGLES ET ACRONYMES

ABM	: Analyste Biomédicale
ADD	: Aplahoué-Djakotomey-Dogbo
AFD	: Agence Française de Développement
CAMES	: Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CEPED	: Centre Français sur la Population et le Développement
DEA	: Diplôme d'Etudes Approfondies
DIU	: Dispositif Intra Utérin
EDSB	: Enquête Démographique et de Santé au Bénin
EDP	: Ecole Doctorale Pluridisciplinaire
GND	: Grossesses Non Désirées
IDH	: Indice de Développement Humain
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
LARRED	: Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religions, Espaces et Développement
MS	: Ministère de la Santé
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
PANB	: Plan d'Action National Budgétisé

PF	: Planification Familiale
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRB	: Population Référence Bureau
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SR	: Santé de la Reproduction
TPC	: Taux de Prévalence Contraceptive
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	: Agence des Etats-Unis pour le Développement International
ZS	: Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Nombre de femmes enquêtées par commune	31
Tableau II : Nombre de femmes enquêtées par arrondissement	33
Tableau III : Tableau récapitulatif des catégories de personnes interviewées	35
Tableau IV : Itinéraire institutionnel de la documentation dans le cadre de cette recherche .	37
Tableau V : Position des religions sur la contraception en milieu <i>aja</i>	53
Tableau VI : Perception de la femme qui n'a pas d'enfant en milieu <i>aja</i>	58
Tableau VII : Perception de l'enfant et de la femme qui en a beaucoup.....	59
Tableau VIII : Analyse comparative des méthodes traditionnelles et modernes de contraception utilisées en milieu <i>aja</i>	67

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Graphique 1 : Raisons du non recours à un contraceptif moderne par les femmes <i>aja</i>	45
Graphique 2 : Prévalence contraceptive moderne chez les femmes <i>aja</i>	64
Graphique 3 : Contraceptifs adoptés par les femmes dans ADD en 2016	66

RESUME

La présente recherche s'intéresse au regard que portent les populations *aja* sur la contraception dans un contexte de promotion de la santé maternelle et infantile et de lutte contre la pauvreté. A la croisée de la socio-anthropologie du développement, l'anthropologie du genre et l'anthropologie médicale, ce travail s'est donné pour ambition d'analyser les construits sociaux de la procréation et leur rapport avec les usages de la contraception en milieu *aja* au sud du Bénin. Pour y parvenir, il est fait l'option d'une approche mixte. Les techniques d'investigation utilisées sont la revue documentaire, l'entretien et l'enquête par questionnaire. Le Constructivisme a servi de modèle d'analyse pour une meilleure compréhension du phénomène. Il ressort des travaux de terrain que l'enfant est un don de Dieu et il faut en faire le maximum que possible. La diversité de perceptions de la contraception et de ses effets secondaires, l'influence des religions sont autant de facteurs qui limitent le recours des femmes à la contraception moderne et contribuent à maintenir leur faible statut socioéconomique dans un monde où l'on prône l'égalité des chances et l'élimination de la pauvreté à travers les ODD d'ici à l'horizon 2030.

Mots clés : *Aja*, perception, fécondité, contraception.

ABSTRACT

This research focuses on the views of *aja* populations on contraception in a context of promoting maternal and child health and combating poverty. At the crossroads of the socio-anthropology of development, gender anthropology and medical anthropology, this work aims to analyze the social constructs of procreation and their relation to the uses of contraception in *aja* environment. To achieve this, it is made the option of a mixed approach. The investigative techniques used are the documentary review, the interview and the questionnaire survey. Constructivism has served as a model of analysis for a better understanding of the phenomenon. Fieldwork shows that the child is a gift from God and it is necessary to do as much as possible. The diversity of perceptions of contraception and its side effects, the influence of religions are all factors that limit women 's use of modern contraception and contribute to maintaining their low socioeconomic status in a world where advocacy, equal opportunities and the eradication of poverty through the SDGs by 2030.

Key words: *Aja*, perception, fertility, contraception.

INTRODUCTION GENERALE

La planification familiale, considérée comme une composante essentielle des soins de santé primaire et de santé de la reproduction, joue un rôle important dans la réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales, ainsi que dans la transmission du VIH/Sida. Elle contribue à la réalisation des Objectifs du Développement Durable (ODD) et des objectifs de la Politique de la Santé pour Tous au 21ème siècle : Agenda 2020. Cependant, son usage reste faible au Bénin avec pour conséquence des taux élevés de mortalité maternelle (397‰ naissances vivantes), de mortalité néonatale (23‰), de mortalité infantile, infanto-juvénile et juvénile (respectivement 42‰, 70‰ et 30‰) (INSAE, 2012).

Selon les résultats de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (INSAE, 2012), le Bénin se caractérise par une augmentation très rapide de sa population, avec un taux de croissance démographique de 3,5% par an, un indice synthétique de fécondité de 4,9 enfants par femme et une prévalence contraceptive moderne de 7,9%. En maintenant ce rythme de croissance démographique (3,5% par an), le Bénin atteindra 16,6 millions d'habitants à l'orée 2030, soit presque un doublement (1,7 fois) de la population en dix-huit (18) ans (PANB/PF, 2013 : 4). Ce qui entrainera des conséquences sur tous les secteurs de développement socio-économiques (santé, éducation, habitat, besoins en nouveaux emplois, exode rural massif, etc.). Et pourtant, les besoins non satisfaits en PF sont estimés à 32% (INSAE, 2012).

Face à ces difficultés, le Bénin a participé à plusieurs conférences au plan international (Caire, 1994 ; Ouagadougou, 2011 ; Sénégal, 2011) où des

engagements sont pris pour le repositionnement de la planification familiale. Dans cette dynamique, des documents de politiques sont élaborés et depuis plusieurs années, des programmes de planification familiale sont mis en œuvre avec l'appui technique et financier des institutions nationales et surtout internationales. Mais, l'adhésion à ces programmes par les populations reste faible et témoigne d'une évolution lente de la prévalence contraceptive qui n'a oscillé qu'entre 3 et 8% au cours des 15 dernières années (INSAE, 1997; 2002; 2007; 2013). En milieu *aja*, l'on enregistre particulièrement un taux de fécondité élevé (soit 5,4 contre 4,9 au niveau national), un déséquilibre des rapports de genre et des comportements natalistes caractéristiques d'un faible recours à l'usage de la contraception moderne. Cette situation justifie l'intérêt d'une recherche socio-anthropologique sur les « Perceptions et vécus de la contraception en milieu *aja* au sud du Bénin ».

A la croisée de la socio-anthropologie du développement, l'anthropologie du genre et l'anthropologie médicale, la présente recherche s'organise en deux parties et quatre chapitres. La première partie regroupe les deux premiers chapitres et la deuxième partie, les deux derniers. Le chapitre premier est consacré au cadre théorique qui pose la problématique de la recherche, décline les hypothèses, les objectifs, clarifie les concepts, fait l'état de la question et propose un modèle d'analyse du phénomène. Le second décrit l'approche méthodologique de la recherche et le profil sociologique des informateurs. Le troisième traite des rapports homme/femme et des construits sociaux autour de la fécondité et de la procréation en milieu *aja*. En dernier ressort, le quatrième expose les connaissances et pratiques sociales en matière de contraception en milieu *aja*.

PREMIERE PARTIE

**CONSIDERATIONS THEORIQUE
ET METHODOLOGIQUE DE LA
RECHERCHE**

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

Ce chapitre pose dans un premier temps la problématique de la faible réception de la contraception médicalisée en milieu *aja*, s'appuie sur les constats empiriques pour définir les hypothèses et les objectifs de recherche. Ensuite, il clarifie les concepts essentiels à une meilleure compréhension du sujet avant d'aborder l'état de la question. Enfin, il démontre la pertinence du choix du sujet et présente un modèle d'analyse du phénomène.

1.1. Problématique

Chercher à comprendre, et parfois à contrôler, les comportements de fécondité n'est pas une ambition récente. Toute réflexion sur le devenir d'une société humaine passe presque inévitablement, à un moment ou un autre, par une analyse des modalités de la reproduction et de la capacité de celle-ci à assurer le maintien ou la croissance de la population (Leridon, 2013). En Afrique d'une façon générale et au Bénin en particulier, une grande valeur est accordée à la fécondité et à la procréation. A ce propos, Fassassi cité par Jobin (2008 : 51) souligne que « la culture et les traditions africaines prônent et entretiennent les idéaux d'une forte fécondité ». Ainsi, dans une telle société « une femme a l'obligation sociale de connaître le mariage et la maternité, et c'est par celle-ci que s'accroissent son statut et sa reconnaissance sociale » (ibidem : 83). Comme le dit Héritier (1996), pour être « une vraie femme », il faut avoir prouvé sa fécondité. Ces idéologies ont confiné la femme africaine dans un rôle reproducteur. Ce qui renvoie de nos jours à des familles nombreuses confrontées aux récurrents problèmes de santé et de pauvreté.

Les comportements des hommes et des femmes sont plus ou moins influencés par les normes sociales. Ceci explique en partie la faible adhésion des hommes à la contraception moderne. Par ailleurs, il y a les fondements religieux qui s'ajoutent à tout ce qui précède. Williams (1967) précise que « parmi les gens pauvres mais profondément religieux, la bible est interprétée à la lettre comme une autorité opposée à la régulation des naissances. Des phrases comme « multipliez-vous et emplissez la terre » et « Dieu vous viendra en aide » sont fréquemment cités comme un ordre de reproduction illimitée ». Les positions religieuses pronatalistes s'identifient aussi bien dans les religions dites modernes ou importées au Bénin que dans les religions endogènes.

Car, justement en milieu *aja*, les hommes prennent à témoin celles-ci pour sanctionner les femmes en cas de pratique contraceptive clandestine. En réalité, la société *aja* accorde une grande importance à la procréation. Pour la conscience collective *aja*, l'enfant est une richesse, un don de Dieu, le bénéfice de la vie, une récompense des mânes de nos ancêtres pour avoir gardé la tradition. Et à ce titre, nul ne doit prendre des dispositions pour empêcher sa naissance. La procréation est socialement contrôlée et l'enfant confère « bonheur, honneur et sécurité ». Les hommes de ce milieu considèrent la contraception comme un moyen pour les femmes d'échapper à leur contrôle tandis que la femme infertile est mal vue et vite répudiée. Même si les conditions économiques sont difficiles et la préservation de la santé de la femme obligent, l'individu ou le couple ne peut se dérober aux normes sociales qui dictent les conduites de la procréation et de la maternité.

Un tel environnement social, culturel et religieux ne permet pas au Bénin d'amorcer à coup sûr sa « transition démographique ». La contraception moderne proposée aux familles béninoises s'inscrit dans un environnement qui a un héritage culturel particulier. Au plan local, certains fustigent son « caractère importé et exogène », d'autres la présentent comme « une imposition occidentale inadaptée à la culture locale » (Bonnet et Guillaume, 2004). Cependant, il existe des pratiques contraceptives traditionnelles ou locales. Mais, leur efficacité n'est pas scientifiquement prouvée. Dans tous les cas, on note une faible prévalence contraceptive au Bénin (7,9% selon l'EDSB-IV de 2012) sous l'influence de plusieurs facteurs notamment la culture, la famille, la religion, les rapports de genre.

Par conséquent, l'implication depuis quelques années des ONG locales et des institutions internationales dans les activités de promotion de la planification familiale au Bénin, peine à induire un changement social probant. Et pourtant, la planification familiale est une composante essentielle des programmes de développement. L'objectif trois (3) des ODD fixés à l'horizon 2030 en fait une priorité. Comment comprendre l'indifférence ou la résistance des populations face à ce que les décideurs politiques considèrent comme une nécessité ? Les populations ont-elles décidé délibérément de garder une position conservatrice ? Ou plutôt, leur comportement est-il dicté par les normes sociales ? Ou plus encore considèrent-elles l'innovation médicale contraceptive comme une menace ? La question de recherche qui découle de ces préoccupations est celle-ci : comment les pratiques contraceptives sont-elles influencées par les construits sociaux de la procréation en milieu *aja* au sud du Bénin ?

1.2. Hypothèses

Deux (2) hypothèses sont formulées en guise de réponses anticipées à cette question de recherche :

- **Hypothèse 1 :** La diversité de perception de la contraception par les hommes et les femmes détermine la décision quant à son usage.
- **Hypothèse 2 :** Les construits sociaux de la procréation influencent les pratiques contraceptives en milieu *aja*.

1.3. Objectifs

En lien avec la question de recherche, l'objectif général est d'analyser les construits sociaux de la procréation et leur rapport avec les usages de la contraception en milieu *aja* au sud du Bénin. Les objectifs spécifiques sont au nombre de deux (2) et se présentent comme suit :

- **Objectif Spécifique 1 :** répertorier les discours des hommes et femmes sur la perception de la contraception en milieu *aja* ;
- **Objectif Spécifique 2 :** recenser les construits sociaux de la procréation et les usages de la contraception en milieu *aja* ;

Il convient avant de continuer, de clarifier certains concepts pour une meilleure appréhension de la problématique de cette recherche.

1.4. Clarification conceptuelle

Les principaux concepts de cette recherche sont : perception, fécondité, contraception.

Perception : Le dictionnaire de sociologie définit la perception sociale comme l'étude qui prend pour objet le fait que, en psychologie, en linguistique, en sociologie, etc., ce que les individus voient des choses ou des gens est modelé, d'une certaine manière, par la société (Masengu, 2004). De cette définition, nous retenons que la perception sociale est la vision que nous avons de nous-même, des autres et de la société, vision acquise au cours d'un long processus de socialisation. Elle implique des schèmes de perception, mieux de réflecteurs, des projections à partir desquels nous percevons autrui ou simplement les choses.

Mieux, la perception est une prise de connaissance d'un fait ou d'un événement du monde extérieur qui a pris naissance dans une série de sensations. Ainsi, le comportement des individus dépend largement de la façon dont ils perçoivent le monde qui les entoure. C'est pourquoi, la plupart des psychologues s'accordent à dire que l'étude de la perception est le premier pas dans la compréhension de tout comportement. Etudier la perception, c'est donc étudier comment l'individu voit, entend, sent et se sent (Ngub'usim, 2004). La perception doit être comprise dans cette recherche comme l'ensemble des connaissances vraies ou erronées que détiennent les individus sur la contraception et qui orientent leurs choix en la matière. En d'autres termes, la perception de la contraception détermine son usage par les acteurs. L'usage de la contraception est indiqué dans l'optique d'un contrôle de la fécondité.

Fécondité : La fécondité est la capacité de se reproduire, qualité de ce qui est fécond. Elle s'applique d'abord aux êtres vivants, et notamment à l'Homme, dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction ou de la démographie. La fécondité est le résultat de reproduction d'une personne, d'un couple, d'un

groupe ou d'une population. En démographie, la « fécondité » fait référence au nombre de naissances vivantes des femmes en âge de procréer. Il diffère du terme « fertilité » qui désigne la capacité reproductive des femmes (Haupt et Kane, 2004 : 13). On peut être fertile et n'avoir aucun enfant, de même qu'on peut avoir eu des enfants par le passé (être fécond) et, par contre, avoir perdu sa fertilité par la suite.

La fécondité revêt d'une importance capitale et symbolique dans la société *aja*. Ce n'est qu'après avoir prouvé sa fécondité que la jeune fille *aja* acquière son statut de femme. Dans cette recherche, la fécondité est le résultat de reproduction d'une femme, d'un couple. Elle est présentée comme une valeur sociale très promue chez les *Aja* en même temps qu'elle libère et aliène la femme. Dans le cas d'un désir de maîtrise de celle-ci, il est recommandé de faire usage des méthodes de la contraception.

Contraception : La contraception désigne l'emploi de moyens réversibles ou irréversibles visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (OMS, 2013 : 1). Il existe plusieurs méthodes de contraception, d'action locale ou générale, à l'efficacité et aux contraintes variables. Parmi ces méthodes, le préservatif peut également être utilisé pour la prévention des infections sexuellement transmissibles. La connaissance d'une méthode contraceptive suppose au minimum la connaissance de ses avantages, son mode d'utilisation et ses effets indésirables.

Plus généralement, la contraception peut s'intégrer dans une stratégie de contrôle des naissances ou de planification familiale, à un niveau individuel ou collectif. La contraception peut-être féminine (majorité des solutions présentées) ou masculine. On distingue généralement deux catégories de méthodes contraceptives à savoir les méthodes modernes et celles traditionnelles. Les méthodes modernes comprenant la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants (Norplant), le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées), la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et la pilule du lendemain. Les méthodes traditionnelles comprenant la continence périodique et le retrait. Les autres méthodes dites «populaires», comme les herbes, les tisanes et autres méthodes, peuvent rentrer dans cette catégorie (INSAE, 2012 : 102).

De façon générale, les méthodes contraceptives modernes proposées aux familles béninoises sont réversibles. Cependant, celles-ci culturellement ont plusieurs raisons pour ne pas s'inscrire dans la dynamique du contrôle de leur fécondité. Ainsi ce que nous pouvons désigner ici comme « programmes de développement sanitaire » (Olivier de Sardan, 1995) peine à s'épanouir dans son environnement d'implantation.

Dans un contexte tel que celui de la promotion de la santé publique, la contraception s'identifie à la planification familiale. A l'opposé, dans les politiques de population et de développement, les termes « contraception » et « planification familiale » n'ont plus le même sens. Dans le cadre de cette recherche, la contraception suppose un contrôle des naissances de façon à

pouvoir limiter la descendance tandis que la planification familiale sous-entend une logique d'espacement des naissances de façon à éviter les grossesses rapprochées et non désirées afin de préserver la santé maternelle, néonatale et infantile. En milieu *aja*, la négociation de l'usage des méthodes contraceptives n'est pas toujours une évidence sous l'influence des construits sociaux de la procréation.

1.5. Revue de la littérature

Les questions liées à la perception sociale de la contraception et ses pratiques, sont largement abordées par plusieurs études sociologiques et anthropologiques. Les travaux engagés dans le cadre de cette recherche s'inscrivent dans la continuation de ces réflexions avec un accent particulier sur les « dynamiques du dedans » (Jaffré, 2012 : 3) qui orientent les comportements et les choix des acteurs sociaux.

En Afrique, le démographe et économiste Fassassi (2007) s'est intéressé à la régulation de la croissance démographique et constate que « certes, dans son ensemble, l'Afrique s'est inscrite également dans le processus mondial de la baisse de la fécondité, mais cette diminution est restée faible tout particulièrement dans sa partie située au sud du Sahara » (2007 : 5), ce qu'il explique par la « paupérisation de masse » et par la « remontée de la mortalité, situation jusque-là inédite dans l'histoire de la transition démographique mondiale » (Ibidem : 8). Dans le même ordre d'idée, Rollet (2006) remarque que l'Afrique subsaharienne est effectivement la région du monde où la fécondité est maximale. Cette région se distingue aussi par un faible recours aux méthodes contraceptives médicalisées et un fort recours aux méthodes

naturelles, les populations utilisant la contraception médicalisée étant généralement les plus urbaines et instruites (Guillaume, 2004). Elle a ajouté que la démarche contraceptive a été plus tardive dans les pays africains francophones qu'anglophones, à cause de l'héritage colonial de la loi française de 1920. Beaucoup de ces pays avaient opté pour 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 fonds (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, 2007). Les clichés présentés par les auteurs dans ces travaux sont d'ordre général et ne permettent pas de saisir les raisons spécifiques d'un faible recours à la contraception au Bénin et encore moins en milieu *aja*.

Locoh (2001) analysant les rapports famille et fécondité en Afrique de l'ouest, cite Lesthaeghe (1989) qui précise que « la fécondité des femmes et des hommes a longtemps été fortement valorisée par des normes sociales qui s'expriment en arrangements familiaux spécifiques : préférence pour les familles élargies, prise en charge des descendants par l'ensemble des adultes d'un lignage (par le confiage des enfants), mariage précoce des femmes et polygamie » (Locoh, 2001 : 170). Elle remarque que c'est « la crise économique récurrente qui affecte ces pays et les effets bénéfiques des changements sociaux qui ont malgré tout été acquis depuis l'indépendance sont indubitablement en train de changer en profondeur les modes de vie familiaux et, par voie de conséquence, les comportements de fécondité » (Locoh, 2001 : 170). En milieu rural souligne-t-elle, de très nombreux jeunes, « tout en ressentant le bien-fondé d'une famille de

taille restreinte auront du mal à s'y conformer, en raison de la pression sociale toujours vivace et du recours majoritaire aux méthodes traditionnelles d'espacement des naissances, la contraception moderne restant très difficile d'accès pour eux » Locoh (2001 : 177). Les écarts entre les besoins réels et la pression sociale en matière de contraception induisent des stratégies visant à poser autrement le diagnostic d'un contrôle des naissances ou de la maîtrise de la fécondité en avançant des arguments socialement partagés.

Ainsi, l'ethnologue Jobin (2008), constata qu'au Bénin la promotion de la contraception s'inscrit dans un discours de lutte contre la pauvreté, à la fois « développementiste » et « néomalthusien ». L'auteure a axé son travail sur les interventions d'une ONG à Abomey et est parvenu à identifier des « groupes stratégiques » telle qu'interprétée par Bierschenk (1998 : 159) et reprise par Olivier de Sardan (1995), ces groupes stratégiques ont été identifiés dans le cadre de l'étude par les promoteurs, les résistants et les utilisateurs de la contraception médicalisée. La notion de « décalage » (Olivier de Sardan, 1995) aura été récurrente dans ce travail, afin de rendre compte des divergences de discours, de représentations, d'attitudes, de perceptions, d'opinions, d'intérêts stratégiques, (etc.) entre les différents niveaux de la configuration développementiste, ainsi qu'entre cette dernière et la population locale. Bien que cette recherche ait porté sur Abomey, les analyses de l'auteure souffrent de profondeur par rapport à l'influence des religions endogènes sur les pratiques contraceptives.

De façon plus subtile, Guengant (2011) a publié en 2011 les travaux de ses recherches sur "Comment bénéficier du dividende démographique ?" dans les

pays de l'Afrique de l'ouest. L'auteur a précisé dans ses analyses que le développement ne se résume pas à la maîtrise de la natalité, mais l'accélération de la transition démographique grâce à l'augmentation de l'utilisation de la contraception qui répond à des besoins exprimés par les femmes. Pour celui-ci, les faibles niveaux d'utilisation de la contraception moderne, leur progression très lente et le nombre idéal moyen d'enfants toujours élevés, y compris chez les jeunes femmes éduquées soulèvent plusieurs problèmes : le libre choix en matière de procréation, l'acceptation sans débat du maintien de normes en matière de procréation et enfin, les besoins non satisfaits en planification familiale.

Par ailleurs, une étude conduite sous la direction de Jaffré (2012 : 11) a abordé en 2012, la question de la fécondité en Afrique de l'Ouest. L'auteur envisageant les actions à effectuer pour réduire la fécondité, dans un premier temps, s'appuie sur la notion de « besoins non satisfaits ». En effet, un nombre important de femmes souhaiterait utiliser une méthode contraceptive mais ne le pourrait pas pour diverses raisons. Puis dans un second temps, il explique que « les bas niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne sont globalement attribués à la faiblesse de l'offre de services de qualité en planification familiale, aux bas niveaux d'instruction des populations et notamment des femmes, à la pauvreté de la population et à un large ensemble de « pesanteurs socioculturelles » ».

De nombreux travaux ont montré les dysfonctionnements des services de santé en Afrique (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003) et, à l'évidence, certaines vastes transformations, sociales comme la scolarisation des jeunes filles, se présentent

comme des variables déterminantes de l'usage de la contraception (Jaffré, 2012 :11). Il parvient à deux hypothèses essentielles dont la première se situe entre le biologique et le social. Les différences et parfois divergences partout observées entre les conduites populaires et les préconisations des équipes de santé publique ne signifient-elles pas, tout simplement, que si la reproduction est de l'ordre du biologique, la maternité comme valeur, enjeu, débat, décision, médicalisation correspond à une construction sociale et à un processus historique. La seconde porte sur un contexte de mondialisation faisant, comme le soulignait déjà Georges Balandier cité par Jaffré (2012 : 13) à propos des mondes coloniaux, qu'aux « dynamiques du dedans » s'ajoutent celles du « dehors ». De ce fait, à bien des égards, les programmes de développement sanitaire se présentent comme « des greffes » (Olivier de Sardan, 1995 : 13). Parfois les nouvelles propositions « prennent » et s'épanouissent largement hors de leurs lieux d'origine (cas des téléphones portables en Afrique, par exemple). Parfois, plus rarement, elles peuvent être entièrement rejetées. Mais, le plus souvent, on assiste à des échanges complexes mêlant des rejets et des implants partiels et surtout à des « hybridations » drainant de multiples fragments détachés de divers ensembles socioculturels (radio, cinéma, religion, bruits, rumeurs...) (Jaffré, 2012 : 13). Les travaux de Jaffré même s'ils soulignent l'influence des « pesanteurs socioculturelles », ils ne les analysent pas en profondeur. La primauté a été accordée aux aspects de l'offre, de la demande et des besoins non-satisfaits.

D'une façon synthétique, la prise en compte de ces différents auteurs, laisse entrevoir un aperçu global sur le débat en matière de fécondité et de contraception. Ainsi, il existe plusieurs écrits sur les pratiques relatives à la

contraception médicalisée. Les uns abordant le sujet sous l'angle médical, les autres sous l'angle anthropologique ou encore sociologique. S'il est une évidence que tous les auteurs s'accordent sur un faible usage de la contraception moderne en Afrique de l'ouest et précisant pour raison entre autres les « pesanteurs socioculturelles » (Jaffré, 2012 : 11), il est aussi vrai qu'en contexte béninois et plus précisément en milieu *aja*, il y a peu d'étude spécialisée et approfondie qui soit focalisée sur cet aspect de la question. Lorsque l'on évoque les fondements socioculturels, il y a la culture qui occupe une place centrale. Par exemple, qu'est-ce qu'une « culture » ? « Loin de constituer un ensemble de rôles figés, la « culture » ou plutôt « les multiples sous-cultures » composant un ensemble social correspond à la façon dont diverses populations résolvent concrètement des problèmes en usant variablement de certaines connaissances, conceptions locales et émotions socialement construites et acceptées » (Jaffré, 2012 : 12). En milieu *aja*, « les connaissances, les conceptions locales et émotions socialement construites et acceptées » sont fortement façonnées par les croyances religieuses d'une façon générale et les croyances religieuses endogènes de façon particulière. A ce niveau, se trouve également un pan de la question non élucidée par les différents auteurs à l'exception de Jobin (2008) qui s'est brièvement intéressée au sujet à Abomey. La présente recherche envisage donc de comprendre les fondements socioculturels qui orientent les agissements et les choix des acteurs sociaux en matière de fécondité, de procréation et de contraception en milieu *aja*. La justification de la pertinence du sujet explique davantage cette contribution.

1.6. Justification du choix du sujet

La planification familiale est une préoccupation de développement et de santé publique. Au Bénin, plusieurs documents clés renferment des options fortes en faveur de la PF. Nous pouvons citer la loi n°2003-04 du 03 mars 2003 portant sur la santé de la reproduction et qui donne aux femmes le droit à l'information et aux services de PF abordables et de qualité, le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS) qui a aussi inscrit comme priorité la promotion de la PF dans le souci de « réduire la mortalité maternelle et néonatale » et les différents engagements pris par le gouvernement béninois aux conférences de Ouagadougou et d'Addis-Abeba pour le repositionnement de la PF. Ces différents documents et engagement matérialisés sous forme de projet social peinent encore à recevoir l'adhésion des « hommes et femmes de chair et d'affects qui composent ce que l'on nomme toujours un peu abusivement : les populations » (Jaffré, 2012 : 13).

En effet, pour avoir joué le rôle de « développeur » (Olivier de Sardan, 1995 : 14) dans les projets de planification familiale dans différentes localités du Bénin pendant plusieurs années, nous avons compris que le faible recours aux contraceptifs modernes avait des fondements culturels et culturels ce que d'autres ont appelé « pesanteurs socioculturelles » (Jaffré, 2012 : 11). Lorsque nous prenons la parole au cours des séances de sensibilisation grand public dans les communes d'Aplahoué, de Djakotomey et de Dogbo pour demander aux femmes d'utiliser les méthodes modernes de PF pour espacer les naissances, il est fréquent d'entendre quelqu'un dire dans l'assistance *non enon'o wa ahan de wa ji o a* c'est-à-dire que « toi, serais-tu né si ta maman avait fait cela ? ».

L'autre chose qu'on entend lorsqu'il y a la présence des adolescent(e)s et jeunes c'est *mi dadahin dèvièo* c'est-à-dire que « vous gêtez les enfants ou que vous leur enseignez de mauvaises choses ». Ces propos sont souvent tenus par les hommes. Nous avons également travaillé dans les localités du nord tels que Malanville et Karimama où de pareils propos sont rares.

Les activités de PF en milieu *aja* et la façon dont les différentes couches interprètent les messages qui leur sont apportés ont suscité en nous une curiosité scientifique. Celle de comprendre les perceptions et les raisons d'agir qui fondent les comportements des acteurs sociaux en matière de fécondité. Plus tard, les cours de socio-anthropologie du développement ; de femmes, genre et développement ; de culture et développement ont renforcé notre orientation vers le sujet et le milieu *aja*. Nous avons jugé très intéressant de consacrer une recherche anthropologique aux perceptions et vécus de la contraception vue que ces aspects ne sont pas approfondis jusque-là du moins dans le contexte béninois. Ces raisons ont justifié le choix du sujet et celui du modèle théorique d'analyse qui permet d'expliquer les résistances aux pratiques contraceptives modernes dans une société conservatrice à la quête de son développement.

1.7. Modèle théorique d'analyse

La préoccupation fondamentale liée à la perception de la contraception moderne peut s'expliquer à la lumière de plusieurs théories sociologiques dont les unes paraissent plus adaptées que d'autres dans le contexte africain. Pour mieux appréhender le phénomène étudié dans le contexte *aja*, nous avons appliqué le constructivisme développé à partir des travaux de Hacking (2001).

Lorsque nous parlons de construction sociale de la réalité, nous remettons en question la conception que nous nous faisons de celle-ci en tant que fait immuable et en tant que vérité universelle acceptée de tous. La réalité nous apparaît alors comme étant une simple idée construite par les discours portés par les acteurs sociaux dominants d'une certaine époque, d'une certaine culture ou d'une certaine nation. En effet, la théorie constructiviste se fonde sur une conception selon laquelle la « réalité » et la « connaissance » de cette réalité sont une œuvre sociale collective. De la même façon qu'on construit la réalité, on construit des problèmes sociaux auxquels plusieurs disciplines des sciences sociales tentent d'apporter des éléments de compréhension.

La synthèse que propose Hacking (2001) est une des rares critiques bienveillantes et dépassionnées du constructivisme. Il est possible de partir de ce travail pour proposer une définition commune aux différentes approches constructivistes. Dire que le phénomène ou l'institution X est socialement construit signifie :

- que X n'est pas naturel, inévitable, qu'il aurait pu être différent ou ne pas exister dans une autre configuration sociale ou historique ;
- mais que X est généralement tenu pour naturel, acquis, stable, ou défini une fois pour toutes. Il n'est donc pas inutile d'en souligner les aspects « socialement construits » face aux travaux qui les réfutent.

Ainsi, le constructivisme permet d'appréhender les discours des acteurs sur la procréation et la contraception en milieu *aja* afin de ressortir leur caractère socialement construit. Toutes choses qui conditionnent une diversité de perception de la contraception et les logiques liées aux usages.

CHAPITRE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE

L'étude d'un sujet aussi délicat que celui abordé dans la présente recherche, nécessite une approche méthodologique adaptée. La délicatesse du sujet réside dans le fait qu'il touche à la sexualité et à l'intimité des acteurs car s'intéressant à la procréation et aux pratiques contraceptives. Pour rendre compte d'un tel sujet, il est fait l'option d'une approche mixte qui permet de prendre en considération la complexité des thèmes abordés et de procéder à la triangulation des données. Dans un premier temps, nous allons présenter le cadre de la recherche, ensuite aborder la nature du sujet, les techniques d'échantillonnage, de collecte, de traitement et d'analyse des données puis les derniers aspects vont porter sur les considérations éthiques, les difficultés rencontrées, les limites du travail et le profil sociologique des informateurs.

2.1. Présentation du cadre de la recherche

Situé au sud-ouest de la République du Bénin, le département du Couffo couvre une superficie de 2404 km² et regroupe les six communes d'Aplahoué, de Djakotomey, de Dogbo de Klouékanmè, de Lalo, et de Toviklin, qui totalisent 365 villages. La taille de sa population selon les résultats du RGPH-4 est de 745 328 habitants dont 348 574 hommes pour 396 754 femmes (INSAE, 2013). Les principales ethnies rencontrées sont les Adja et apparentés (90,7%) et les Fon et apparentés (8,5%). Les populations du Couffo pratiquent surtout le vodoun (56,5%) et se retrouvent aussi comme fidèles de l'église catholique (5,9%) et des pratiques de autres chrétiens (15,2%), autres protestants (5,6%).

Les communes d'Aplahoué, de Djakotomey et de Dogbo constituent l'une des deux zones sanitaires du département du Couffo. Elle s'étend sur une superficie de 1458 km² avec une population de 408 194 habitants en 2013 dont 191 351 hommes pour 216 843 femmes (INSAE, 2015). L'ensemble des trois communes de la zone est subdivisé en 24 arrondissements dont 191 villages. Elle compte 33 formations sanitaires publiques dont un (1) hôpital de zone situé à Aplahoué. Selon les données du RGPH-4 (INSAE, 2015), les femmes représentent 53,12% de la population totale de la zone sanitaire ADD. Quel que soit l'arrondissement considéré sur les 24 que compte la zone sanitaire, la proportion des femmes dépasse toujours celle des hommes.

2.2. Nature du sujet

Pour d'appréhender les construits sociaux en matière de fécondité et leur rapport avec les pratiques contraceptives en milieu *aja*, il s'impose une approche mixte qui combine harmonieusement les méthodes quantitatives et les méthodes qualitatives. Vu le caractère sensible des questions que soulève la contraception et les réalités socioculturelles qui influencent son utilisation, l'adoption de l'approche quantitative d'une part, a permis de produire des données statistiques permettant de mesurer l'ampleur des thématiques abordées à base d'un questionnaire structuré auquel s'ajoute des données statistiques collectées au niveau de la zone sanitaire d'ADD. D'autre part, l'approche qualitative s'est imposée car « le plus intéressant dans les sciences sociales relève de la qualité c'est-à-dire d'éléments difficiles à mesurer » (Grawitz, 2000). Cette approche a permis de comprendre le vécu et le fondement des agissements des acteurs sociaux en matière de fécondité et de contraception. Les matériaux bruts

collectés et analysés sont les discours, les chansons, les dictons, et les dogmes religieux en matière de fécondité et de procréation chez les *Aja*.

2.3. Echantillonnage

2.3.1. Pour l'enquête quantitative

Pour l'enquête quantitative, la population d'enquête est constituée des femmes en âge de procréer donc âgées de 15 à 49 ans et sexuellement actives dans la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo qui constitue ici l'espace de la recherche. L'échantillon de l'enquête quantitative est un échantillon représentatif. L'option d'une taille suffisante a été faite pour permettre d'analyser des différences statistiquement significatives. Pour ce faire, il a été procédé à un sondage aléatoire en grappes à 2 degrés. Les conditions de sélection et les marges d'erreurs admises sont les suivantes :

- le niveau de confiance visé est de 95%, soit $u_{\alpha} = 1,96$ pour un risque $\alpha = 5\%$ (seuil de signification) ;
- la marge d'erreur acceptée est de 10%, soit $\Delta = 0,1$ (précision absolue), ce qui traduit que sous ces hypothèses, chaque résultat issu de l'étude peut-être extrapolé à la population générale avec 10% de risque de se tromper de $\pm 10\%$;
- il est choisi une prévalence contraceptive de 50%, soit $\pi = 0,5$ pour maximaliser la taille de l'échantillon ;
- l'effet de grappes Z est estimé à 2 ;
- le taux de réponse est estimé à 95 %, soit $tr = 0,95$.

La formule de Schwartz (1993 : 49) est utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon comme dans un sondage aléatoire simple avant la prise en compte

de l'effet de grappes et du taux de réponse. Son application donne la taille suivante :

$$n = Z\left[\frac{u_{\alpha}^2 \pi (1 - \pi)}{\Delta^2}\right] / tr = 2\left[\frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,1^2}\right] / 0,95 = 202$$

Si les cas de non-réponse ne devraient pas être pris en compte, il fallait simplement interviewer 192 personnes pour estimer les paramètres dans les conditions statistiques ci-dessus spécifiées, c'est-à-dire l'estimation des résultats avec une précision de 10%.

Après la détermination de la taille de l'échantillon qui est 202, la technique d'échantillonnage par quotas est appliquée pour l'identification du nombre de femmes à confirmer devant participer à l'enquête par commune et par arrondissement. L'échantillon par quotas est une technique d'échantillonnage non probabiliste qui permet de découper une population d'étude en strates représentant certaines de ces caractéristiques. Dans le cas d'espèce, un quota d'échantillon est identifié dans chacune des trois communes qui composent la zone sanitaire d'Aplahoué-Djakotomey-Dogbo en fonction du nombre de femmes. Le tableau I indique le nombre de femmes impliquées dans l'enquête au niveau de chaque commune.

Tableau I : Nombre de femmes enquêtées par commune

Commune	Population totale de femmes	Nombre de femmes
Aplahoué	91 431	85
Djakotomey	71 644	67
Dogbo	53 768	50
TOTAL	216 843	202

Source : Données de terrain, Décembre 2016.

La même démarche est appliquée pour dresser la liste du nombre de femmes à enquêter par arrondissement. La prise en compte de tous les arrondissements relève d'une exigence de l'échantillonnage par quotas. Cette technique a l'avantage de respecter la représentativité des différentes couches sociales qui composent la communauté de l'espace de recherche. Comme le souligne Jaffré (2012 : 15) « il s'agissait simplement d'ouvrir le questionnement à divers segments de la population et de souligner ainsi la pluralité des choix et des appartenances des individus qui la composent ». Proportionnellement à la population totale des femmes dans chaque arrondissement, l'échantillon d'enquête est déterminé. Les résultats sont présentés dans le tableau II :

Tableau II : Nombre de femmes enquêtées par arrondissement

Zone Sanitaire Aplahoué-Djakotomey-Dogbo (ADD)	Population totale de femmes	Nombre de femmes
Commune d'Aplahoué	91 431	85
Atomè	9 368	9
Azové	23 230	22
Dékpo	11 902	11
Godohou	10 011	9
Kissamey	15 230	14
Lonkly	7 837	7
Aplahoué	13 853	13
Commune de Djakotomey	71 644	67
Adjintimey	8 745	8
Bétoumey	11 958	11
Gohomey	9 616	9
Houégamey	8 342	8
Kinkinhoué	4 383	4
Kokohoué	5 516	5
Kpoba	5 064	5
Sokouhoué	7 711	7
Djakotomey I	5 786	6
Djakotomey II	4 523	4
Commune de Dogbo	53 768	50
Ayomi	9 756	9
Dévé	6 457	6
Honton	4 351	4
Lokoghoué	5 196	5
Madjrè	4 716	4
Totchangni	1 860	2
Tota	21 432	20
TOTAL	216 843	202

Source : Données de terrain, Décembre 2016.

Les femmes devant participer à l'enquête ont été sélectionnées par les enquêteurs selon la méthode d'échantillon par convenance. En effet, cette méthode consiste à sélectionner des individus qui se présentent à un endroit

donné à un moment donné. Ainsi, les enquêteurs ont sélectionné au niveau des points d'eau des chefs-lieux d'arrondissement les femmes par ordre d'arrivée. Dans les arrondissements qui n'offrent pas cette possibilité, ils se sont positionnés devant une case abritant un moulin à maïs pour enquêter les femmes par ordre d'arrivée. L'approche méthodologique de l'étude étant une approche mixte, il est abordé dans la suite du travail, l'échantillonnage de l'enquête qualitative.

2.3.2. Pour l'enquête qualitative

Au niveau de l'enquête qualitative, nous nous sommes intéressés à quatre catégories d'acteurs notamment les hommes avec une étude de cas, les femmes mariées ou en union, les leaders religieux et les prestataires de services de planification familiale (les agents de santé). Selon les spécificités de notre étude et tenant compte des types de données dont nous avons besoin, la participation de ces différents acteurs sociaux s'avère nécessaire pour l'appréciation des rapports homme/femme au sein des couples, le poids des influences de la culture, de la tradition, des religions sur l'usage de la contraception et les expériences vécues par les agents de santé prestataires de services de PF.

Ainsi, à l'issue de l'enquête quantitative, les femmes sont regroupées en trois groupes selon la taille de leur ménage. Le premier groupe est constitué des femmes issues des ménages de petites tailles (1 à 4 personnes), le second des ménages de tailles moyennes (5 à 7 personnes) et le troisième des ménages de grandes tailles (8 à 13 personnes). Des entretiens sont réalisés avec cinq (5) hommes et (5) femmes au niveau de chaque groupe.

Au niveau des autres catégories d'acteurs, il a été sélectionné par la méthode du choix raisonné, dix (10) leaders religieux de différentes confessions religieuses d'Aplahoué, de Djakotomey et de Dogbo et dix (10) agents de santé prestataires de services de PF en fonction de leur proximité avec les utilisatrices et les résistants. Les critères de représentativité et de notoriété ont guidé le choix des dix leaders religieux et des dix agents de santé impliqués dans l'enquête qualitative. « Cette technique est dite parfois technique « rationnelle » ou de « choix raisonné » parce qu'elle fait appel dans une certaine mesure au raisonnement logique des catégories de personnes que chaque enquêteur aura à interroger » (Loubet Del Bayle, 1986). Ainsi, elle a orienté le choix de l'ensemble des personnes impliqués dans l'enquête qualitative de la présente recherche. Le tableau III fait le récapitulatif de ces différents acteurs interviewés :

Tableau III : Tableau récapitulatif des catégories de personnes interviewées

N°	Personnes à interviewer	Techniques de collecte de données	Lieux de réalisation des entretiens	Localités de résidence	Effectifs
1	Hommes	Entretiens individuels	Ménages	ADD	15
2	Femmes	Entretiens individuels	Ménages	ADD	15
3	Leaders religieux	Entretiens individuels	Domicile	ADD	10
4	Prestataires de services PF (sage-femme, infirmière)	Entretiens individuels	Centres de santé	ADD	10
TOTAL					50

Source : Données de terrain, Décembre 2016.

Comme l'indique le tableau récapitulatif, la taille de l'échantillon pour la collecte des données qualitatives est de 50 personnes. Ces acteurs ont accepté

volontairement de participer à l'enquête dans les trois (3) communes de la zone sanitaire ADD.

Pour la collecte des données aussi bien quantitatives que qualitatives, différentes techniques sont utilisées et des outils sont élaborés à cet effet.

2.4. Techniques, outils et collecte des données

Les techniques d'enquête utilisées dans le cadre de cette recherche ont permis de collecter deux types de données notamment les données quantitatives et des données qualitatives. Ainsi, il est essentiellement utilisé la recherche documentaire, l'enquête par questionnaire, l'entretien semi-structuré ou encore les interviews approfondies. Le choix de plusieurs techniques est fait afin de faciliter une meilleure appréhension des logiques socioculturelles locales en phase avec une faible réception des méthodes contraceptives modernes. Les outils élaborés pour la collecte des différentes données sont : une fiche de lecture pour la revue documentaire, un questionnaire pour la collecte des données quantitatives et un guide d'entretien pour la collecte des données qualitatives. Ils sont pré testés et validés avant leur utilisation.

2.4.1. Revue documentaire

Dans l'optique d'explorer la littérature disponible sur la contraception, plusieurs centres de documentation sont sillonnés pour la lecture et la consultation des documents d'intérêt. Pour ne pas perdre les traces de précieuses informations et données régulièrement découvertes, une fiche de lecture est élaborée pour prendre des notes, analyser les données, faire la synthèse et émettre un avis critique. Nous devons par ailleurs préciser qu'il existe des documents

électroniques sur la contraception d'une part et dans différents domaines de la discipline anthropologique abordés par l'étude. Ils sont également consultés via l'Internet. Les centres documentaires parcourus, la nature des documents consultés et les types d'informations recherchées sont synthétisés dans le tableau IV :

Tableau IV : Itinéraire institutionnel de la documentation dans le cadre de cette recherche

Centres de documentation	Nature des documents consultés	Types d'informations recherchées
FLASH	- Mémoires	- Problématiques abordées par les étudiants en anthropologie de la santé, - Approches Méthodologiques en anthropologie de la santé
LARRED	- Thèses - Mémoires - Livres	- Approches méthodologiques en sociologie de la religion, - Approches Méthodologiques en anthropologie de la santé
Ministère de la Santé	- Annuaire statistiques - Rapports d'enquête et d'évaluation	- Données statistiques sanitaires - Projet exécutés en matière de santé de la reproduction / planification familiale, leur zone d'intervention et leurs résultats
UNFPA	- Revues - Articles - Rapports d'activités	- Données sur la démographie, la santé de la reproduction, la planification familiale et les besoins non satisfaits
INSAE	- EDSB - RGPH	- Données démographiques et de santé - Statistique sanitaire
Bibliothèque personnelle	- Ouvrages en sociologie et en anthropologie - Dictionnaires - Les cours	- Définition de certains concepts - Connaissances générales en sociologie et en anthropologie de la santé - Données méthodologiques
Internet	- Revues - Mémoire et thèses - Ouvrages	- Données sur la fécondité, la démographie, la planification familiale, la contraception et les besoins non satisfaits dans le monde - Recherche sociologique sur la PF

Source : Données de terrain, Janvier 2017.

En dépit de la revue documentaire, la collecte des données s'est faite par le biais d'un questionnaire et des guides d'entretien.

2.4.2. Enquête par questionnaire

Le questionnaire utilisé pour le compte de cette étude est constitué de 29 questions. Il est administré à 202 femmes pour la collecte de données quantitatives. La phase d'enquête par questionnaire est conduite du 16 au 28 décembre 2016 dans les Communes d'Aplahoué, de Djakotomey et de Dogbo. Au total, tous les 24 arrondissements des trois communes sont parcourus. Une équipe de trois (3) enquêteurs formés sur les outils et techniques a assuré la collecte des données. Le candidat s'est personnellement occupé de la supervision des travaux. Les formulaires remplis sont au fur et à mesure repris, vérifiés et chiffrés en vue de la saisie, du traitement et de l'analyse des données. A l'issue de l'enquête quantitative, les données recueillies ont permis de sélectionner les femmes et les autres catégories d'acteurs pour la phase qualitative.

2.4.3. Entretiens individuels

Les entretiens réalisés avec les différents acteurs sont des entretiens semi-directs. Cette technique est adoptée afin de permettre aux informateurs de s'exprimer de long en large sur les thématiques abordées. Elle favorise les questions de relance qui permettent de rentrer dans les détails en ce qui concerne les vécus et les raisons d'agir des acteurs sociaux. A l'instar de l'enquête par questionnaire, les entretiens se sont déroulés dans l'ensemble des trois communes aussi bien dans les centres urbains tels qu'Azové, Djakotomey, Tota

que dans les contrées rurales tels que Lonkly, Houngbamey, Loko-Atoui, Dévé. L'entretien a démarré en décembre 2016 et s'est poursuivi jusqu'au mois de février 2017. Les entretiens sont enregistrés et transcrits. Les informateurs sont majoritairement interviewés dans leur maison à l'exception des agents de santé avec qui les entretiens se sont déroulés dans les centres de santé.

2.5. Traitement et analyse des données

2.5.1. Données quantitatives

Les logiciels SPSS 17.0 et Microsoft Office Excel 2007 sont utilisés pour le traitement et l'analyse des données. Pour ce qui concerne le traitement, après la collecte des données sur le terrain, toutes les fiches sont numérotées. Un thesaurus permettant d'identifier les communes et les arrondissements est établi pour faciliter la saisie des données. Ensuite, un masque de saisie est créé dans SPSS et les données y sont introduites. Après la saisie des données, les erreurs de frappe, d'inattention et les incohérences sont vérifiées et corrigées en procédant aux croisement des variables et au suivi de la logique de succession des réponses. Par rapport à l'analyse des données, la principale méthode est l'analyse statistique. L'utilisation du logiciel Microsoft Office Excel a permis de générer des graphiques pour mieux illustrer les analyses à partir des données significatives issues du traitement avec le logiciel statistique SPSS. A la suite de l'analyse statistique, les données quantitatives ont été renforcées par celles qualitatives dont l'analyse a obéi à d'autres modes de traitement.

2.5.2. Données qualitatives

La transcription, le dépouillement, l'analyse (l'interprétation) et la vérification ont constitué les étapes du traitement des données qualitatives. Les entretiens réalisés sont enregistrés, transcrits et traduits *in extenso*. Le dépouillement s'est réalisé manuellement. Les données collectées après leur saisie dans un fichier Word, sont classifiées par thématique abordée suivant les différentes articulations des outils d'enquête qualitative. L'interprétation des données recueillies s'est faite dans une perspective de compréhension du vécu et des raisons d'agir des informateurs en matière de fécondité et de contraception. Ainsi, il est fait usage de l'analyse de contenu des discours et de l'analyse lexicale par triangulation des sources.

Par ailleurs, cette recherche n'est pas restée en marge des considérations d'ordres éthique et déontologique.

2.6. Aspects éthiques

Une demande d'autorisation d'enquête est adressée et obtenu auprès du Directeur de Recherche avant la descente sur le terrain pour la phase d'enquête proprement dite. Une copie de cette autorisation est donnée à chacun des enquêteurs. L'autorisation est présentée aux informateurs en vue de les rassurer du caractère académique de l'enquête. Toutes les personnes rencontrées sont clairement informées des objectifs de la recherche, des techniques de collecte des données et de leur droit de répondre ou de ne pas répondre à des questions embarrassantes ou d'arrêter l'entretien à tout moment. Il leur est rappelé que la confidentialité des données est totalement garantie. Leur consentement et

autorisation sont obtenus verbalement et ceci à chaque fois avant les entretiens et les enregistrements sonores. Cette démarche a souvent instauré un climat de confiance avec les informateurs. Ce qui nous a épargné quasi-totalement des non réponses et a amené les informateurs à nous en dire plus sur les thématiques avec une sincérité remarquable. Le fait d'être un fils de cette communauté, de parler couramment la langue locale et d'associer des enquêteurs originaires de ce milieu est un atout pour la collecte des données et la fiabilité des informations recueillies. Par rapport à la distanciation, nous avons traité les données recueillies à l'écart de tout jugement de valeur et de tout activisme. Néanmoins, cette recherche a connu quelques difficultés.

2.7. Difficultés et limites de la recherche

Les difficultés rencontrées dans le cadre de cette recherche sont de plusieurs ordres. Elles sont dans un premier temps relatives à la collecte des données empiriques du fait de la sensibilité des thématiques évoquées qui touchent à la sexualité et à l'intimité des informateurs. La délicatesse des questions a parfois suscité une réserve signe de pudeur ou encore c'est de tristes souvenirs qui reviennent de façon inattendue chez les femmes. Cependant, cette situation n'a pas influencé la qualité des informations obtenues. Le protocole entrant en ligne de compte pour les aspects éthiques tel qu'il est observé, a rassuré les informateurs. Souvent, les informatrices reprennent le souffle et nous continuons la conversation. Parfois, nous changeons de question et plus tard dans l'entretien ou vers la fin nous revenons sur la préoccupation embarrassante s'il s'agit d'un avortement par exemple en faisant preuve du fait que ce problème ne nous paraît pas nouveau. C'est une tendance à banaliser ce qui pourrait être assimilé à un

événement afin de pouvoir en parler aisément. Pour anticiper sur cette difficulté, les questions embarrassantes sont réservées pour la fin. Car, il est plus facile de les aborder après avoir instauré un climat de confiance avec l'informateur.

Il y a également l'accessibilité géographique de certains arrondissements des communes de la zone sanitaire d'ADD notamment Lonkly, Atomè, Ayomi, Lokoghoué qui sont des localités reculées dont les voies d'accès ne sont pas très praticables. Pour finir, il faut dire que l'équilibre entre l'équation obligations professionnelles et travaux de recherche n'a été facile à établir pour respecter le calendrier de recherche. Cependant, nous pouvons préciser que ces difficultés ont été surmontées, ce qui a permis de boucler les investigations et de parvenir à une vérification de nos hypothèses de recherche.

Avant d'aborder les deux derniers chapitres qui présentent les rapports homme/femme, les construits sociaux et les pratiques en matière de contraception en milieu *aja*, nous avons jugé nécessaire de décrire le profil sociologique des informateurs.

DEUXIEME PARTIE

DIVERSITE DE PERCEPTIONS, CONTRUITS SOCIAUX DE LA PROCREATION ET USAGES DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU *AJA*

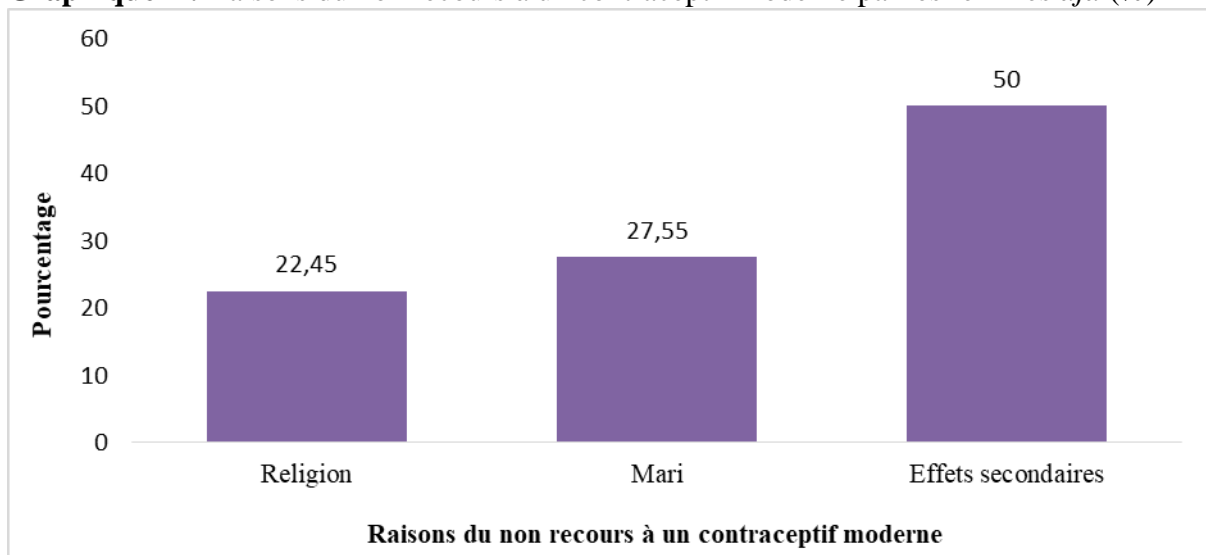
CHAPITRE III : DIVERSITE DE PERCEPTIONS DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU AJA

L'analyse des pratiques contraceptives est révélatrice d'une diversité de perception quant à sa pertinence sociale. Plusieurs auteurs expliquent l'importance de cette diversité de perception sur la décision d'utiliser des contraceptifs médicalisés (Jobin, 2008 : 65). Ainsi, les hommes et les femmes n'apprécient pas de la même manière l'importance d'un recours à la contraception médicalisée constitue et même entre les femmes les avis diverges. De l'autre côté, l'environnement social et la religion sont des données importantes à prendre en compte. Ce chapitre traite de la diversité de perception de la contraception moderne en milieu *aja* avec un accent particulier sur la perception des effets secondaire et le poids de la religion.

3.1. La perception des effets secondaires des méthodes contraceptives modernes

La perception des effets secondaires des méthodes contraceptives modernes en milieu *aja* revêt d'un caractère particulier. Elle influence significativement la décision quant à l'utilisation d'un contraceptif moderne. Le graphique 1 présente la situation par rapport au pourcentage de femmes qui ne souhaitent pas utiliser un contraceptif à cause des effets secondaires des produits et d'autres raisons la non adhésion des maris et les positions dogmatiques religieuses.

Graphique 1 : Raisons du non recours à un contraceptif moderne par les femmes aja (%)



Source : Données de terrain, Décembre 2016.

Selon les données de l'enquête quantitative, parmi 176 femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête, 55,7% (soit 98 femmes sur 176) ne souhaite pas utiliser un contraceptif moderne plus tard. Au nombre de ces 98 femmes, comme l'indique le graphique 6, 50% soit 49 femmes ont évoqué les effets secondaires comme raison principale. Ces chiffres montrent que la crainte des effets secondaires des produits contraceptifs modernes est présente chez un nombre important de femmes aja. D'après Guillaume cité par Jobin (2008 : 42) « ces craintes expliquent que les femmes africaines préfèrent les méthodes naturelles aux méthodes médicalisées ». Et nous ajouterons les hommes, car lors des entretiens, ces derniers ont souvent mentionné la pratique du coït interrompu au détriment de l'usage d'un contraceptif moderne pour ne pas enceinter leurs femmes. Mais ils reconnaissent les limites de cette méthode naturelle. Les effets secondaires constituent entre autres les raisons qui expliquent la préférence des méthodes naturelles par les hommes. Comme le confie cet informateur :

Pour ne pas enceinter ma femme, je pratique le coït interrompu. Nous sommes informés des méthodes modernes mais nous n'aimons pas que nos femmes utilisent ces méthodes par peur des conséquences comme les problèmes de conception plus tard et la stérilité. (Homme, marié, 36 ans, cultivateur, religions endogènes, 18 Janvier 2017).

En milieu *aja*, les acteurs sociaux ont leur conception des effets indésirables des contraceptifs modernes. A leur entendement, ils ont des conséquences négatives à court et à long termes sur l'organisme de la femme au point d'occasionner une stérilité. Pour les agents de santé, ils sont un moindre mal au vu de la nécessité sanitaire de la pratique contraceptive, d'autant plus qu'ils sont passagers et inoffensifs. Les utilisateurs et les résistants (femmes, hommes, adolescents et jeunes) craignent qu'ils ne soient le signe de maladies graves ou qu'ils rendent stériles, bien que toutes les méthodes proposées par les formations sanitaires soient réversibles. Cependant, le retour à la fécondité peut prendre plusieurs mois pour certaines méthodes hormonales. Les perturbations notées au niveau du cycle menstruel de certaines utilisatrices sont diversement interprétées et consolident les rumeurs. A ce sujet Moussa (2008 : 228) fait remarquer que « les rumeurs sur les produits contraceptifs médicalisés 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 ». L'OMS (1996) qualifie des craintes de « rumeurs », qu'elle définit comme des informations fausses et effrayantes, propagées par l'entourage des utilisatrices. Elle souligne par ailleurs que ces rumeurs sont liées aux perturbations du cycle menstruel. Mieux, il arrive que l'utilisation d'un produit contraceptif moderne coïncide avec une période

d'infirmité au niveau d'une femme, ou avec une quelconque affection. Comme, les femmes ainsi que les hommes ne comprennent pas le mode d'action des produits contraceptifs, ils font têt d'attribuer le mal à l'utilisation du produit. Il va s'en dire que lorsqu'une femme ne souhaite pas utiliser un contraceptif moderne, elle peut évoquer la crainte des effets secondaires qui est une bonne raison en milieu *aja*. Dans la même dynamique, Jobin (2008 : 44) affirme que « le fait que les contraceptifs médicalisés provoquent des effets secondaires (médicalement identifiés), les rend coupables d'autres maux par les utilisateurs et résistants (qui, eux, ne sont pas identifiés médicalement). Quand un problème ou une maladie survient, ses utilisateurs et leur entourage les désignent comme étant leur cause ». Mais, il y en a en qui savent faire la part des choses comme cet informateur qui s'explique :

Moi, j'aime les méthodes contraceptives modernes mais, il y a des femmes qui ne sont pas compatibles compte tenu des effets secondaires. Cependant, parmi celles qui ont utilisé, il y en a pour qui ça a marché. (Homme, marié, 48 ans, agent à la mairie, religions endogènes, 18 Janvier 2017).

Comme l'indiquent ces propos, beaucoup ne savent pas que les effets secondaires ne sont pas observés de la même manière chez les utilisatrices ou refusent de le savoir. En d'autres termes, toutes les utilisatrices de produits contraceptifs modernes ne souffrent pas systématiquement des effets secondaires de la même manière. Il y en a qui gardent leurs méthodes jusqu'à terme sans grande difficulté. Un agent de santé prestataire de services de planification familiale s'exprime :

Pour les femmes, il y a beaucoup ce n'est pas qu'elles n'ont pas l'information qu'on peut avoir de solution par rapport aux grossesses non désirées ou précoces mais l'autre a fait, elle a eu ceci ou cela, c'est les effets secondaires. Elles n'ont jamais essayé mais elles craignent les déjà. Je dis les produits contraceptifs sont les mêmes que les produits que nous disposons dans nos pharmacies. Quelqu'un peut prendre l'amoxicilline et avoir de réaction et moi je donne toujours l'exemple mon fils, il est asthmatique mais quand il fait la toux et tu lui donnes l'amoxicilline, 2 ou 3 jours l'asthme se déclenche et j'ai dû comprendre et laisser. Je donne aussi l'exemple de la quinine ou de la chloroquine, c'est pas tout le monde qui prend la quinine et se gratte le corps. Donc, nous allons essayer la méthode quand vous allez avoir des effets secondaires, vous revenez. C'est vrai qu'il y a des effets secondaires, mais ça se gère. (Sage-femme, mariée, 51 ans, catholique, 18 Janvier 2017).

Les propos de cette prestataire dissipent quelque peu les inquiétudes mais il faut avouer que cette démonstration professionnelle est difficile à comprendre même pour les femmes qui se rapprochent des services de contraception moderne notamment les cliniques spécialisées et les formations sanitaires. Du point de vue médical, l'efficacité de la contraception est indépendante de l'existence et de la régularité des menstrues et leur perturbation n'est pas un signe de danger (pour la santé ou la fertilité), au contraire de la perception locale, comme on vient de le voir à travers ces exemples (Jobin, 2008 : 44). On peut tirer de ce décalage que les femmes ont une confiance limitée en la biomédecine (et en la contraception médicalisée), d'autant plus quand ses messages et arguments ne correspondent pas à leurs propres représentations de la fécondité, de la santé et de la maladie (Jaffré, 1999). De façon ramassée, les opposants à la contraception

moderne appartiennent à des domaines variés. Pendant que certains arguments se trouvent fondés et s'inscrivant dans des domaines clairement identifiables, d'autres sont si diffus et si répandus qu'une telle identification n'est pas possible. C'est le cas des arguments basés sur les effets secondaires, perçus comme menaçant la santé sinon la santé de la reproduction. Cette perception représente l'un des motifs de résistance à la contraception moderne les plus répandus et les plus diffus dans la population locale *aja*.

Au total, les croyances religieuses, les rapports de genre, les normes sociales en matière de fécondité et les mauvaises interprétations des effets secondaires peuvent constituer de véritables handicaps à l'épanouissement des femmes et à leur santé en matière de la reproduction. Au-delà des différentes restrictions instaurées par la religion, les rapports inégalitaires homme/femme, la portée sociale de l'enfant et de la famille, le milieu *aja* connaît néanmoins des pratiques contraceptives qu'elles soient traditionnelles ou modernes.

3.2. Les positions dogmatiques religieuses

La religion occupe une place importante dans la vie des populations béninoises de façon générale et celle des communautés *aja* de façon particulière. Ainsi, les attitudes et la position de chaque ménage en matière de procréation sont fortement influencées par les enseignements religieux. Selon les dires d'un pasteur « la fécondité est une prescription divine » et le mariage « une institution divine ». Ce qui implique que les hommes sont libres de s'unir et de procréer. « Soyez féconds, multipliez-vous emplissez la terre » (Genèse 1 : 27). Telle est la volonté de Dieu car après la création du couple, il leur assigna la mission de transmettre la vie par une procréation responsable (Penda, 2004 : 2). Ce vocable

de “procréation responsable” est l’expression qui revient le plus souvent des entretiens avec les responsables de l’église catholique.

Mais qu’entend-t-on par procréation responsable ? La procréation responsable sous-entend un contrôle des naissances en fonction de la capacité du couple c’est-à-dire de l’homme et de la femme à s’en occuper. Cependant, l’église catholique ne s’exprime jamais en termes de contrôle des naissances ou encore de contraception à ses fidèles car sa position est ferme sur la question. « La contraception, la stérilisation et l’avortement sont des actes intrinsèquement immoraux condamnés par Dieu et l’Eglise Catholique. En effet toutes les méthodes contraceptives ont des effets abortifs et l’avortement supprime la vie commencée après la fécondation » (Penda, 2004 : 71). « La suppression d’une vie à quelque stade que ce soit comme dans le cas des avortements et de la contraception est donc fortement condamnée par l’Eglise et est considérée comme un crime abominable » (Penda, 2004 : 72). La position de l’église catholique rejoint celle des églises évangéliques qui constituent la deuxième religion la plus pratiquée en milieu *aja* après les religions endogènes. Quand bien même les pasteurs sont un peu plus flexibles sur la question que les responsables de l’église catholiques, ils n’osent pas aborder le sujet de la contraception avec leurs fidèles selon leurs propres degrés de compréhension des choses. Ils se limitent aux enseignements et dogmes religieux qui encouragent la fécondité. Il n’est pas rare d’entendre les femmes dirent « je vais sortir tout ce que Dieu a mis dans mon ventre comme enfants ». C’est-à dire que pour ces femmes, il ne doit y avoir aucune retenue en matière de procréation car c’est Dieu qui donne les enfants et c’est également lui qui les nourrit comme on

peut le lire sur un tableau artistique accroché au mur d'un informateur "Dieu nourrit les oiseaux du ciel, pourquoi pas nous les hommes".

La position des différentes religions enquêtées sur la contraception est claire. Elles sont contres avec un radicalisme légendaire de l'église catholique. Néanmoins, lorsqu'on approche les responsables des églises évangéliques implantées en milieu *aja*, l'on comprend que personnellement ils ne sont pas toujours fermes sur la question comme l'église qu'ils dirigent. A la préoccupation de connaître sa position personnelle par rapport à la contraception un apôtre de l'église évangélique précise que :

Moi, personnellement je ne suis pas contre les méthodes contraceptives. C'est un moyen pour les hommes d'éliminer les crises financières, la délinquance, le chômage. Un enfant, c'est les moyens. Nous devons suivre nos enfants. (Homme, marié, 42 ans, Pasteur, église évangélique, 17 Janvier 2017).

Cette position est partagée par la plupart des Pasteurs enquêtés. Malheureusement, les convictions de la mission évangéliques priment sur les points de vue personnels. Il va sans dire que les différentes religions (catholique, évangélique, protestante) n'autorisent que les méthodes naturelles. Les contraceptifs médicalisés et les méthodes traditionnelles sont déconseillés aux fidèles. Mieux, les méthodes traditionnelles telles que les cordelettes, les bagues magiques et les décoctions ou infusions sont particulièrement proscrites parce qu'elles sont considérées comme diaboliques. Aucune condition selon ces religions ne justifie l'adoption d'une méthode contraceptive. Toutefois les responsables des églises évangéliques pensent qu'ils peuvent prodiguer des conseils à leurs fidèles en dehors des couloirs de l'église. Lorsqu'une femme

vient me voir personnellement pour des questions d'utilisation de méthode contraceptive voici ce que je vais lui dire :

Le mariage est un accord entre deux personnes appelées à vivre en unité. Lorsqu'une femme décide d'arrêter de procréer, je vais lui demander les raisons d'une telle motivation avant de savoir quoi lui conseiller. Si l'homme a les moyens de pourvoir aux besoins des enfants, je demanderai à la femme de se soumettre à son mari. De la même manière, on peut tolérer qu'une femme utilise les méthodes en cachette. Cela dépend de la pertinence de la situation. (Homme, marié, 51 ans, Pasteur, église évangélique, 18 Janvier 2017).

Ces propos permettent de se rendre compte qu'au-delà des enseignements dogmatiques religieux, les dirigeants de certaines obédiences religieuses tels que les évangélistes peuvent accompagner autrement leurs fidèles. Ils sont prêts à comprendre pourquoi une femme pourrait prendre la décision d'utiliser une méthode contraceptive. Et c'est pour des raisons de santé, d'abandon des responsabilités du foyer par le chef du ménage, de pauvreté, que certains pasteurs jugent utile d'écouter les femmes et de voir la pertinence de leur raison avant de leur autoriser l'usage des contraceptifs. Cependant, l'informateur mentionne qu'il n'y a plus à conseiller la contraception à la femme lorsque son mari a les moyens. L'église est dans son rôle, mais il ne suffit pas seulement d'avoir les moyens pour confiner la femme dans un rôle permanent de reproduction. Il est important de relever ici que l'église oublie souvent les aspects économiques tels la capacité des femmes à disposer du temps pour mener des activités qui leur permettent de s'émanciper et d'aspirer à une autonomie financière. Ceci peut également profiter à toute la famille. Il y a aussi, la question des droits de la femme en matière de santé de la reproduction

que la religion occulte totalement. Par conséquent, les différentes confessions religieuses contribuent au déséquilibre entre les rapports homme/femme et maintiennent les femmes sous la domination masculine. Le tableau V résume la position des religions dominantes en milieu *aja* face à la contraception.

Tableau V : Position des religions sur la contraception en milieu *aja*

Religions	Position
Catholique	<i>Opposition catégorique</i>
Évangélique	<i>Mitigée</i>
Endogène	<i>Opposition</i>

Source : Données de terrain, Décembre 2016.

Il faut préciser que les religions endogènes n'affichent pas clairement une position par rapport à la contraception. Mais, le problème réside dans le fait qu'ils soutiennent que la femme ne peut prendre aucune décision allant dans ce sens sans l'autorisation de son mari. Or, généralement les responsables de culte de ces religions sont pour une forte natalité. Donc, ils menacent les femmes des sanctions qui leur seraient infligées par les divinités au cas où elles arrivaient à adopter une méthode contraceptive à l'insu de leurs maris.

Qu'en est-il d'une adoption de la contraception par les adolescentes et jeunes filles non mariées ? Tous les responsables des églises chrétiennes (catholique, évangélique, protestante) approchées s'accordent en soutenant qu'il n'est pas possible que les adolescentes non mariées utilisent les méthodes contraceptives. Pour les évangéliques « les jeunes chrétiens selon l'enseignement de Dieu, ne doivent pas le faire parce qu'il a dit de ne pas forniquer. Donc sans mariage ce n'est pas possible ». Et pour l'église catholique, on ne doit même pas parler de la

contraception aux adolescentes et jeunes filles. Or selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 2012, 11,9% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans et 11,7% des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans ont déjà eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans exacts. Selon les résultats de l'étude sur les grossesses précoces et/ou grossesses non désirées (GND) et comportements à risque chez les adolescents et jeunes en milieu scolaire, éducation professionnelle et universitaire au Bénin (secteur privé et public) réalisée en mars 2015 conjointement par les ministères en charge de l'enseignement secondaire, de la famille et de la santé, la proportion de grossesse est de 20,2% chez l'ensemble des adolescents et jeunes enquêtées. Sur ces 182 (sur 900) qui ont déclaré avoir déjà eu au moins une grossesse dans leur vie, 169 en ont précisé le nombre de fois et ce dernier varie entre 1 et 5. Pour 201 grossesses dont les filles ayant été enceintes ont déclaré l'âge, 61 soit 30,3% étaient survenues avant l'âge de 18 ans soit précocement en se référant à l'âge de la majorité fixé par le législateur béninois (MS, 2015 : 26-27). Au niveau des garçons auteurs de grossesse, 93% n'étaient pas planifiées ; de même, 88,4% de ces grossesses étaient non désirées (MS, 2015 : p xvi). Par rapport aux issues de ces grossesses, 51,8% ont abouti à un avortement qu'il soit dit spontané (25,1%) ou provoqué (26,7%) (MS, 2015 : 32). Les conséquences de ces grossesses sont multiples et selon les résultats de l'EDSB III de 2006, un décès maternel sur 5 est le fait d'une adolescente ou jeune fille (21%). Voilà autant de problèmes auxquels se trouvent confrontées les adolescentes et jeunes filles en matière de santé sexuelle et de la reproduction. Et pourtant, les religieux réfutent systématiquement une adoption des méthodes contraceptives par ces dernières. Ils préfèrent les laisser abandonner les classes et leurs apprentissages, ou encore

mourir suite à une interruption volontaire de grossesse. Au niveau des religions traditionnelles, les réalités sont toutes autres avec des points de similitudes quant à la condition de la femme.

A l'instar des religions dites modernes (christianisme, évangélique, protestante), les religions traditionnelles occupent également une place importante dans la vie des populations béninoises de façon générale et celles *aja* de façon particulière. Comme le disait Amouzouvi (2002 : 172) « avant l'ère coloniale, le Dahomey (actuel) Bénin ne constituait pas une communauté politique homogène. Toutefois du point de vue de la religion, on pouvait noter une certaine unicité de pensée, une sorte de tronc commun spirituelle qui repose sur le *vodun* ». Le *vodun* constitue d'ailleurs la première religion de notre population d'enquête. En effet, 38,6% des femmes enquêtées soit 78 femmes sur 202 pratiquent la religion *vodun* contre 34,7% pour l'église évangélique qui vient en deuxième position soit 70 femmes sur 202. Or, généralement en milieu *aja* les femmes pratiquent la même religion que leurs maris. En termes d'enseignements religieux en matière de procréation, les hommes se réfèrent à la culture *aja* en se basant sur la portée sociale de l'enfant. Il en est de même pour les pratiquants et les responsables de culte *vodun*. Pour ces derniers, la femme ne peut en aucun cas adopter une méthode contraceptive sans l'autorisation de son mari. Et si jamais, elle arrivait à le faire les dieux ou encore le *vodun* va leur demander des comptes. Comme le dit un dignitaire et chef traditionnel *aja*, *enuo ali*. Pour cette raison, les femmes n'osent pas s'opposer à la décision de leurs maris. Même dans les pires souffrances, elles continuent de concevoir pour le plaisir de leurs maris. La crainte de se voir infligées des sanctions par les dieux de leurs

conjointes oblige les femmes à subir les grossesses non désirées et parfois des naissances rapprochées.

En dehors des normes religieuses, les rapports de genre et la portée sociale de l'enfant, il y a également la crainte des effets secondaires des contraceptifs modernes qui limite le recours à la contraception chez les femmes en union et les adolescentes et jeunes filles. Comment la perception des effets secondaires en milieu *aja* induit un faible recours à la contraception moderne ? C'est à cette interrogation que nous allons répondre dans ce dernier point du présent chapitre.

CHAPITRE IV : CONSTRUITS SOCIAUX DE LA PROCREATION ET USAGES DE LA CONTRACEPTION EN MILIEU AJA

Ce chapitre traite des construits sociaux de la procréation et des pratiques contraceptives en milieu *aja*. Il s'intéresse aux avantages des méthodes utilisées qu'elles soient traditionnelles ou modernes ainsi qu'à leurs limites. Par ailleurs, il aborde les logiques de contournement féminin de la domination masculine qui s'expriment par une adoption clandestine des méthodes contraceptives modernes en milieu *aja*.

4.1. La portée sociale de l'enfant en milieu *aja*

L'enfant revêt d'une importance capitale pour les sociétés *aja*. « Au Bénin comme partout en Afrique, l'enfant, loin de constituer une menace ou une cause de pauvreté est plutôt considéré comme une richesse, une bénédiction, le bien le plus précieux et le symbole de la perpétuation des générations » (Penda, 2004 : 1). Ainsi, il est très fréquent chez les *Aja* d'entendre des noms de personne ou des slogans se rapportant à ce statut valorisant de l'enfant comme par exemple :

- *mehuho* qui signifie « l'être est mieux que l'argent » ;
- *evi yi dɛname ita odoa jivi* qui signifie que « c'est l'enfant qui enterre ses parents, raison pour laquelle il faut en faire ».

Un peu comme la polygamie détermine le statut social de l'homme y compris une forte procréation, l'enfant détermine le statut social de la femme. Pour la femme, il est encore plus important de prouver sa fécondité. En effet, « du point de vue social, ce qui définit le mieux le statut social de la femme, au Bénin, est sa fécondité. Appelée à jouer pleinement son rôle de reproductrice, elle est faite

pour rester à la maison. Dans ces conditions, la petite fille va apprendre à jouer son futur rôle d'épouse et de mère auprès de sa mère. Elle n'ira pas à l'école, elle n'aura pas un niveau d'éducation élevée lui permettant d'avoir accès à un emploi et à un revenu suffisant pour mener une vie saine et décente. Elle ne pourra pas, non plus, bien contrôler sa sexualité et sa fécondité » (Fourn, 2007). A la question de savoir comment est perçue la femme qui n'a pas d'enfant en milieu *aja*, nous avons eu diverses réponses que nous avons regroupées en trois grandes catégories dans un tableau. Le tableau VI présente l'image de la femme qui n'a pas d'enfant en milieu *aja*.

Tableau VI : Perception de la femme qui n'a pas d'enfant en milieu *aja*

Femme ayant avorté et mené une vie de débauche dans sa jeunesse	Femme mal vue par la belle famille	Femme malheureuse et sans avenir
c'est une femme considérée comme celle qui a trahit plusieurs hommes et qui a été envoutée ; elle a mal fait sa jeunesse ; elle a fait beaucoup d'avortement ; elle a laissé ses dessous auprès d'un homme ou elle s'est trop promenée ; elle est perçue comme celle qui est en train de payer pour avoir commis un péché.	cette femme est mal vue par la belle famille et on dit qu'elle est là à manger seulement et elle ne conçoit pas.	cette femme n'a pas de relais donc pas d'héritage. Elle n'est pas encore femme ; elle est classée au second rang ; elle est perçue comme celle qui perd son temps auprès du mari ; elle est perçue comme une femme malheureuse ; elle n'est pas encore femme et elle est sans avenir.

Source : Données de terrain, Décembre 2016.

Tous ces discours sont dégradants pour une femme. Aucun acteur social ne peut souhaiter se retrouver dans de telle posture, à plus forte raison les femmes. Pour se faire une place dans la société les femmes sont conscientes qu'elles doivent avoir au moins un enfant. Sinon, la pression sociale est très forte. A ce sujet

Jobin (2008 : 83) constate qu' « une femme a l'obligation sociale de connaître le mariage et la maternité, et c'est par celles-ci que s'accroissent son statut et sa reconnaissance sociale ». Comme le dit Héritier (1996), pour être « une vraie femme », il faut avoir prouvé sa fécondité. Mais suffit-il de prouver sa fécondité ? La perception sociale de l'enfant et de la femme ayant une descendance nombreuse est contenue dans le tableau VII.

Tableau VII : Perception sociale de l'enfant et de la femme qui en a beaucoup

Enfant, une bénédiction de Dieu donc femme chanceuse	Enfant, source de sécurité sociale donc femme riche	Enfant, symbole de la perpétuation de la famille donc femme accomplie
cette femme est bénite par Dieu car ce n'est pas tout le monde qui a beaucoup d'enfants et elle a beaucoup de considération ; femme chanceuse ; beaucoup d'enfant donnent de considération et du respect pour les parents ; c'est la femme qui fait grandir la famille et elle est respectée par les membres de la famille ; ce n'est pas mal elle est beaucoup considérée par rapport à celle qui n'a pas d'enfant et elle est riche même si elle est pauvre.	c'est bon d'avoir beaucoup d'enfants car c'est eux qui vont donner à manger demain et on ne sait pas lequel va évoluer ; c'est bon on dit qu'au moins un parmi les enfants un sera grand quelqu'un demain et il va porter ton nom ; c'est bon pour les femmes d'avoir ces nombreux enfants surtout pendant les cérémonies et c'est la bonne femme ; c'est la richesse pour la famille.	c'est bon car c'est l'enfant qui est le relais des parents et il faut en avoir beaucoup.

Source : Données de terrain, Décembre 2016.

Nous pouvons résumer ces propos en retenant que la femme qui a une descendance nombreuse est une femme considérée au sein de la société *aja*. Elle est perçue comme une femme riche et bénite par Dieu. Elle est également la femme qui peut garder l'espoir en l'avenir car parmi les enfants au moins un pourrait réussir. L'enfant étant par ailleurs considéré comme celui qui pourra

aider les parents dans les vieux jours, voilà ce qui justifie la richesse de la femme qui en a beaucoup même si elle est pauvre aujourd'hui. On comprend donc que la fécondité permet à la femme d'avoir un statut social mais le fait d'avoir beaucoup d'enfant lui permet encore de redorer ce statut. Dans ce contexte, il est clair que le nombre idéal d'enfant que les femmes souhaiteraient avoir dans leur vie soit relativement élevé.

4.2. Les pratiques de planification familiale chez les Aja

Les pratiques contraceptives en milieu *aja* concernent largement les méthodes aussi bien traditionnelles que modernes. Les méthodes traditionnelles de contraception sont l'ensemble des connaissances populaires en matière de fabrication des produits à base des recettes locales dont l'usage permet d'empêcher la survenue d'une grossesse. Elles impliquent aussi les pratiques naturelles ne nécessitant pas l'usage d'un produit. En dehors de ces pratiques contraceptives traditionnelles, les méthodes modernes sont également utilisées.

4.2.1. Les pratiques traditionnelles

Elles demeurent des recettes ésotériques détenues par les personnes âgées. En milieu *aja*, de plus en plus, les actions menées par les ONG pour la promotion des méthodes modernes contribuent à diminuer significativement leur taux d'utilisation au niveau de la jeune génération. Les méthodes traditionnelles utilisées sont essentiellement :

- le retrait ou coït interrompu : cette méthode est pratiquée par les hommes. Elle consiste à faire attention et se retirer du vagin de la femme avant l'éjaculation ;

- les décoctions ou infusions : Ce sont des tisanes d'extraits de plantes ésotériques (feuilles, tiges, écorces ou racines) et de boissons parfois alcoolisées que l'homme ou la femme boit constamment pour éviter les grossesses. Au cours de nos travaux de terrain, il nous est révélé que plusieurs feuilles de la pharmacopée traditionnelle de vertus diversifiées sont mélangées et préparées pour obtenir une tisane qui sert de contraceptif. L'ensemble constitué par les feuilles locales *ajikwiman*, *gboḍoḍwi makpa*, *gbota makpa*, *akasia makpa*, *retre makpa*, *avemeniglou makpa*, *tiigbe* et *koukɔ makpa* est préparé et consommé par la femme qui ne souhaite pas tomber enceinte. En dehors de cette recette, il y a la feuille de soja appelée *amon kpa* que certaines familles *aja* préparent et utilisent pour espacer les naissances. Sa prise est unique empêche la fécondation. Lorsque la femme pratiquant cette méthode désire concevoir, elle prend à nouveau la tisane et cela assure le retour des menstrues ;
- la méthode du sel et du linge des menstrues : pour appliquer cette méthode, la femme met du sel dans un linge qui lui a servi de couche au cours de ses dernières menstrues. Ensuite, elle dépose le linge qui contient le sel dans une boîte qu'elle cache quelque part ou personne ne peut savoir. Et, à l'issue de chaque rapport sexuel, elle ajoute un peu d'eau au contenu qu'elle renverse dans ses mains et qu'elle boit. Cette pratique a un effet contraceptif efficace selon les dires de l'informatrice ;
- l'abstinence prolongée ou l'éloignement des conjoints : cette méthode est pratiquée après un accouchement. Pour éviter les naissances rapprochées, le mari envoie sa femme qui vient d'accoucher chez sa mère ou sa belle-mère. Ce faisant, il provoque une séparation de corps pour ainsi éviter les

rapports sexuels sur une longue période. Généralement, elle y reste jusqu'à ce que son enfant grandisse avant de retourner dans le foyer conjugal. Mais, de plus en plus selon certains informateurs, les hommes qui pratiquent cette méthode n'envoient plus les femmes chez un parent. Ils observent l'abstinence prolongée en la présence de la femme dans le foyer. Au niveau de certains couples, les informateurs ont précisé que certains hommes découchent pendant cette période. En ce qui concerne les hommes qui s'unissent à plusieurs femmes, la polygamie leur permet de ne plus dormir avec la femme qui vient d'accoucher. Elle est abandonnée pendant une longue période le temps que son enfant grandit. Pendant ce temps, l'homme entretient des rapports sexuels avec ses autres femmes qui ne sont pas des nourrices. Lorsque que l'homme a deux femmes et que les deux accouchent au même moment, toute la famille observe l'abstinence prolongée pour éviter les grossesses rapprochées ;

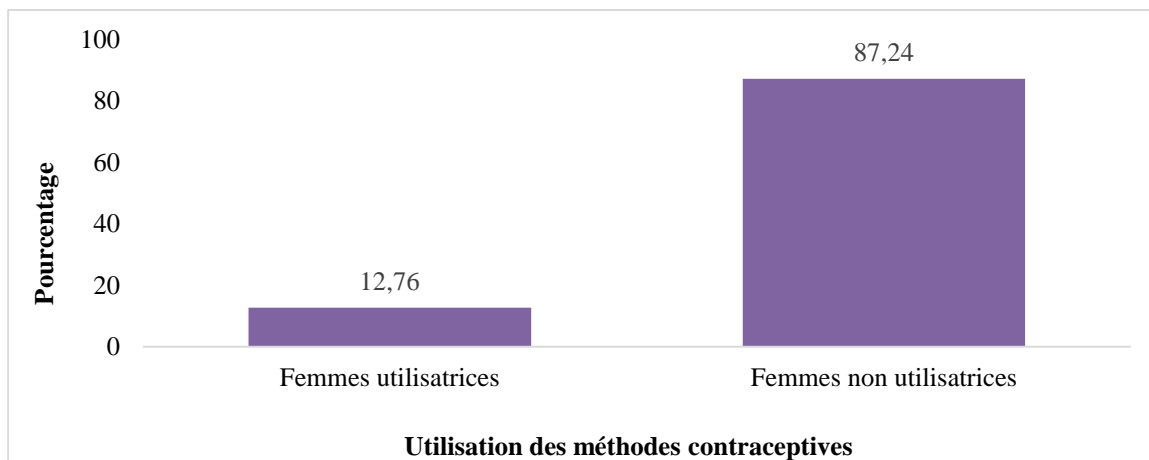
- les bagues magiques : ce sont des anneaux métalliques généralement fabriqués par les forgerons locaux et préparés par les guérisseurs traditionnels. Ils sont portés au moment des rapports sexuels ou de manière permanente par la femme ou l'homme ou les deux à la fois. La bague magique doit respecter certaines conditions d'utilisation pour protéger effectivement contre les grossesses. Elle ne doit pas être portée par une femme en menstruation, car les menstrues peuvent nuire à sa puissance. Elle ne doit pas être enlevée au cours d'un rapport sexuel pour éviter la fécondation. Selon les informateurs, cette méthode est utilisée par nos grands-parents mais, elle est en voie de disparition en milieu *aja*.

En somme, les pratiques contraceptives traditionnelles sont de nos jours utilisées par une minorité de ménages dans la zone sanitaire ADD. Elles sont moins connues surtout dans le rang des femmes en âge de procréer (15-49 ans) comparativement aux méthodes modernes dont l'introduction en Afrique est récente. Pour le moment, aucune science n'a prouvé l'efficacité de ces méthodes. Aucun effort n'est également fait au niveau local pour promouvoir ces connaissances, les améliorer et les rendre universel. En conséquence, les femmes qui utilisent les méthodes traditionnelles sont comptées au nombre de celles qui ont un besoin non satisfait de contraception à cause de l'efficacité de ces méthodes qui est mise en doute. « Les méthodes traditionnelles sont moins efficaces que les méthodes modernes pour prévenir les grossesses » (Ashford, 2008 : 2).

4.2.2. Les pratiques modernes

A l'instar des méthodes traditionnelles, les méthodes modernes connaissent une faible utilisation en milieu *aja*, à la différence que le taux d'utilisation actuelle de ces dernières est un plus élevé que celui des pratiques locales. Le graphique 2 présente le taux de prévalence contraceptive chez les femmes enquêtées dans la zone sanitaire ADD.

Graphique 2 : Prévalence contraceptive moderne chez les femmes aja (%)



Source : Données de terrain, Décembre 2016.

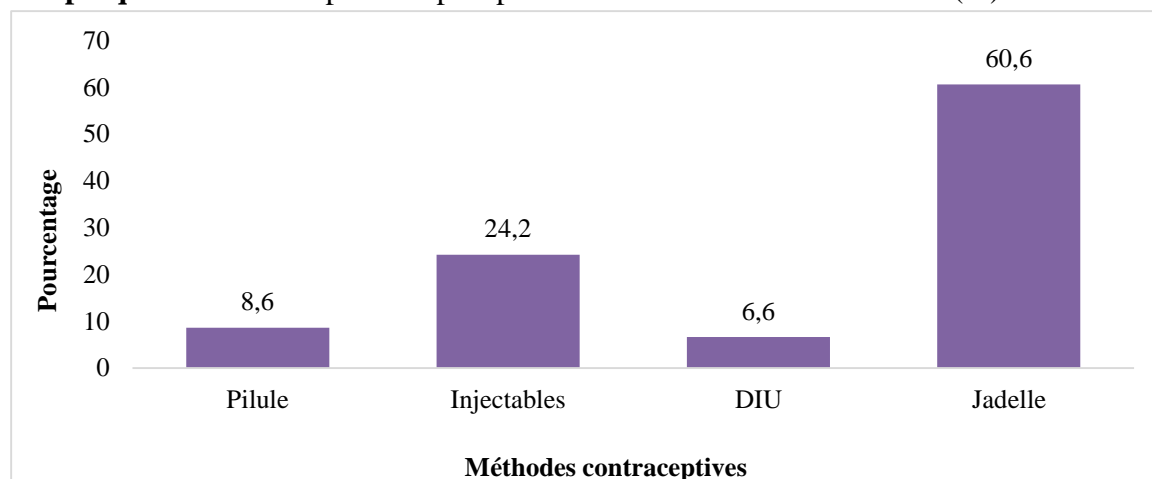
A la lecture de ce graphique, il ressort que 12,76% des femmes en union enquêtées utilisent une méthode contraceptive moderne (soit 25 femmes sur 196). Les méthodes modernes sont diversement appréciées par les femmes. Généralement elles sont plus favorables à l'usage de ces méthodes que les hommes. Les méthodes modernes présentées sont les plus utilisées en milieu aja. Il s'agit des implants (jadelle ou norplant), des injectables (noristérat), des pilules, du Dispositif Intra-Utérin (DIU) et des préservatifs.

- Les implants (jadelle ou norplant) : ils se présentent sous forme de bâtonnets de 4 cm de long et 2 mm de diamètre. Ils contiennent un progestatif qui est régulièrement libéré en faible quantité. Ils sont insérés et retirés par un agent de santé qualifié et formé à cette technique. Leur durée d'action est de cinq (5) ans. Le jadelle est le contraceptif moderne le plus utilisé par les femmes aja. Elles préfèrent cette méthode parce qu'elle ne nécessite pas que la femme soit tout le temps au centre de santé pour les contrôles d'usage et elles peuvent la garder pendant longtemps ;

- les injectables (noristérat) sont des progestatifs par voie intramusculaire : cette méthode consiste à l'administration d'une injection d'un progestatif dans les huit (8) semaines, ce qui empêche l'ovulation, mais pouvant également entraîner aussi une absence de règle avec, chez certaines femmes des métrorragies. Les injectables sont des produits également préférés chez les femmes *aja*. Car, ils permettent la discrétion quant à l'usage. Cependant, la contrainte réside dans le fait que l'utilisatrice doit revenir au centre de santé tous les deux mois pour le renouvellement ;
- les pilules ou les contraceptifs oraux se présentent sous forme de comprimés qui associent deux hormones : l'œstrogène et la progestérone. Il existe de nombreuses pilules selon la composition et le dosage des hormones qu'elles contiennent. Les pilules sont les contraceptifs modernes les plus connus en milieu *aja*. Elles occupent la troisième position en matière d'usage. Leur utilisation est très contraignante et ne favorise pas la discrétion car la prise est journalière et nécessite que le produit soit stocké à la maison. Les femmes qui adoptent clandestinement les méthodes n'arrivent pas à choisir les pilules ;
- le Dispositif Intra-Utérin (DIU), également appelé stérilet, est un petit objet en forme de T, mesurant 3 cm environ, le plus souvent en plastique souple. Il est placé dans l'utérus de la femme par un agent de santé formé à cette technique. Ce dispositif est muni à son extrémité d'un ou de deux fils qui permettent de vérifier sa présence. Le DIU est une méthode de longue durée qui est souvent adopté par les femmes qui ne sont pas éligibles pour le jadelle ou les femmes qui ne souhaitent plus procréer pendant de longues années. Sa durée d'action est dix (10) ans. Cette

méthode fait partie des méthodes utilisées par les femmes en milieu *aja*. En témoigne le graphique 3 qui présente les méthodes contraceptives utilisées par les femmes dans la zone sanitaire ADD en 2016.

Graphique 3 : Contraceptifs adoptés par les femmes dans ADD en 2016 (%)



Source : Données de la zone sanitaire ADD, Janvier 2017.

Comme l'indique le graphique 3, à l'issue d'une campagne de gratuité organisée par une ONG locale au cours de l'année 2016 en appui à la zone sanitaire ADD, sur 1698 nouvelles utilisatrices des méthodes modernes reçues, 60,6% soit 1029 femmes ont adopté le jadelle, 24,2% soit 411 les injectables, 8,6% soit 146 les pilules et 6,6% soit 112 le Dispositif Intra-Utérin (DIU) ;

- les condoms (préservatif masculin) sont des contraceptifs largement connus en milieu *aja*. Ils se présentent sous la forme d'une gaine très fine en latex, qui est mise et déroulée sur le pénis avant les rapports sexuels. Les préservatifs ont l'avantage de protéger à la fois contre les grossesses et les infections sexuellement transmissibles (IST) comme le VIH. Malgré

ces avantages, les hommes *aja* préfèrent pratiquer le coït interrompu avec leurs femmes au lieu d'utiliser les préservatifs.

Ces méthodes contraceptives modernes qui représentent les méthodes les plus utilisées en milieu *aja*, sont efficaces et réversibles. Nonobstant, nombre de femmes et de couples *aja* sont réticents par rapport à leur usage à cause des effets secondaires auxquels plusieurs interprétations vraies et fausses sont données. Le tableau VIII illustre une analyse comparative des méthodes traditionnelles et des méthodes modernes quant à leurs avantages et leurs limites.

Tableau VIII : Analyse comparative des méthodes traditionnelles et modernes de contraception utilisées en milieu *aja*

Pratiques Contraceptives	Méthodes	Avantages	Limites
Traditionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - retrait ou coït interrompu - tisanes contraceptives - méthode du sel et du linge des menstrues - abstinence sexuelle - bagues magiques 	Pratiques perçues comme naturelles et présentant moins de risque ; Moins chers, ne nécessitant aucun dispositif extérieur ou moderne.	Méthodes moins rassurantes ; Sans efficacité scientifiquement prouvée ; Non disponible universellement.
Modernes	<ul style="list-style-type: none"> - implants (jadelle) - injectables - Pilules - DIU - Préservatifs 	Pratiques influençant la qualité de vie ; améliore la santé maternelle, néonatale et infantile ; Réduit les décès maternels et les risques liés aux grossesses et à l'accouchement ; Permet d'espacer les naissances et de limiter le nombre d'enfants.	Préparation et dispositions extérieures ; Effets secondaires (saignements irréguliers, plus grande sensibilité aux seins, maux de tête, nausées, prise de poids, troubles visuels).

Source : Données de terrain, Janvier 2017.

En fonction des avantages que telle méthode ou telle autre pourrait leur apporter, les couples *aja* font l'option qu'ils pensent le mieux répondre à leur besoin avec moins de risque sur la santé de la femme et sa capacité à recouvrer la fertilité une fois la méthode arrêtée. Si les hommes sont plus favorables aux pratiques traditionnelles telles que le coït interrompu et l'abstinence périodique, certaines femmes quant à elles, ne les trouvent pas efficaces et préfèrent s'orienter vers les méthodes modernes. Les hommes craignant l'infidélité de la femme et la maîtrise que celle-ci peut avoir de son corps et de sa fécondité, s'opposent à l'utilisation des méthodes modernes alors qu'ils ne sont pas toujours prêts à assumer leurs responsabilités vis-à-vis du foyer en fonction de l'augmentation des charges. Les femmes n'ayant plus d'autres moyens pour se soustraire de cette autorité maritale et de la pauvreté, choisissent simplement la voie de l'adoption clandestine des méthodes.

4.3. L'adoption clandestine des méthodes contraceptives modernes

Malgré la désapprobation des maris, nombreuses sont les femmes qui adoptent clandestinement les méthodes contraceptives modernes. Si l'on ne considère que le niveau d'action officiel, la femme a donc le devoir de satisfaire la volonté procréatrice de son mari, avant la sienne propre. Elle a théoriquement besoin de son aval avant de pratiquer la contraception médicalisée. Les situations d'imposition indirecte et encore plus celles d'imposition directe, mettent donc en évidence l'inégalité des rapports de genres en la matière (Moussa, 2008), qui s'accompagne d'une appropriation masculine du corps féminin (Héritier, 1996). Or « l'imposition directe et l'imposition indirecte mobilisent, par la même occasion, des logiques de contournement de ce pouvoir officiel » (Jobin, 2008 :

70). Au cours des entretiens avec les agents de santé, il est régulièrement ressorti que les femmes font clandestinement usage de la contraception comme l'illustre ces propos :

Oui tout à fait, il y en a plein de femmes qui viennent au centre de santé adopter les méthodes sans avertir leurs maris parce qu'à l'heure où nous parlons maintenant manger c'est un problème pour les femmes et elles aussi pensent faire quelque chose pour leur avenir. Malgré cela, les hommes contestent. Beaucoup à travers les sensibilisations comprennent les bienfaits de la contraception. Cependant, il y a d'autres hommes qui refusent son usage dans le foyer. Mais les femmes étant intelligentes, elles viennent en cachette pour adopter les méthodes. (Infirmière, mariée, 43 ans, catholique, 12 Février 2017).

Ce qu'on retient de ces propos, c'est que les femmes n'ayant plus d'autres possibilités pour avoir l'adhésion de leur mari, font simplement le choix de se soustraire à leur autorité pour adopter une méthode contraceptive sans qu'ils ne soient au courant. Elles adoptent les méthodes contraceptives avec la complicité de l'agent de santé qui comprend certainement leur peine et leur souffrance.

De tout ce qui précède, nous pouvons retenir que les construits sociaux de la procréation influencent les pratiques contraceptives en milieu aja. Ce qui confirme l'hypothèse deux.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de la recherche sur les « Perceptions et vécus de la contraception en milieu *aja* au sud du Bénin », il ressort que la reproduction humaine est une œuvre de Dieu. Les comportements pronatalistes et la forte fécondité notés chez les *Aja* ne datent pas d'aujourd'hui. Pour certains, avoir assez d'enfants est une tradition initiée par leurs ancêtres et qu'ils entendent perpétuer. Les raisons pour avoir beaucoup d'enfants sont diverses. En l'absence d'un système de sécurité sociale, les géniteurs voient en leurs descendants, celui ou ceux qui leur viendront en assistance dans les vieux jours. L'enfant est simplement considéré comme une richesse, une récompense ou encore une bénédiction de Dieu. C'est pour cette raison que la femme stérile est considérée comme une femme maudite, malchanceuse et sans avenir.

En effet, selon la conscience collective *aja*, la femme qui n'a pas d'enfant n'est pas encore une femme. Car, c'est l'enfant qui confère à la fille son statut de femme. Bien que les femmes aient connaissance des méthodes contraceptives modernes grâce aux campagnes de sensibilisation et de gratuité organisées par les ONG et les professionnels de la santé, beaucoup d'entre elles qui souhaitent espacer les naissances ou ne plus avoir d'enfants ne parviendront pas à satisfaire leur besoin. Les principales raisons sont la faible adhésion des maris, la perception des effets secondaires des produits contraceptifs et les prescriptions d'ordre religieux. Ainsi, les différentes confessions religieuses surtout celles chrétiennes implantées en milieu *aja* sont ouvertement opposées à la contraception médicalisée. Les pratiquants des religions traditionnelles restent quelques peu indifférents à la question. Toutefois, lorsqu'on leur pose la

question de savoir si une femme peut adopter une méthode contraceptive sans l'autorisation de son mari ? Ils donnent sèchement une réponse négative. Puis, ils ajoutent que si une femme arrivait à avoir un tel comportement, qu'elle récoltera la sanction des dieux ou du *vodun*. L'une des plus remarquables conclusions auxquelles cette recherche est parvenue, est bel et bien cette position religieuse diffuse à travers laquelle les hommes contrôlent la décision concernant l'usage de la contraception. Par ailleurs, si les hommes sont réticents à la contraception, c'est aussi par peur de perdre le contrôle sur leurs femmes. Il n'est pas rare d'entendre dire dans ce milieu que la contraception est une porte ouverte pour la débauche.

On comprend à quel point la diversité de perception de la contraception et les construits sociaux de la procréation peuvent trouver leur fondements dans les normes sociales et vice versa. Paradoxalement à la position des hommes, l'on enregistre dans les formations sanitaires des femmes qui viennent adopter clandestinement les méthodes. L'autre obstacle à l'usage de la contraception moderne, ce sont les effets secondaires des produits. Ces effets indésirables font l'objet de diverses interprétations à tel enseigne que vérité, rumeur et mensonge s'entremêlent dans un environnement où l'on arrive plus à distinguer l'information vraie de celle qui est fausse. Cette situation est le témoignage d'une connaissance sommaire et non approfondie des méthodes contraceptives modernes en milieu *aja*. Dans tous les cas, les défis d'aujourd'hui ne sont pas ceux d'hier. Il convient pour chaque acteur social de réfléchir afin de poser des actes qui puissent favoriser le rayonnement de la femme et de la famille.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Akoun, A., & Ansart, P., 2006, *Dictionnaire de Sociologie*, Paris : Collection Dictionnaire le Robert, Seuil, 592p.
2. Amouzouvi, D., 2002, *Le Marché de la Religion au Bénin*, Ed. Koestler, 291p.
3. Ashford, L., 2008, *Comment assurer un éventail d'options de planification familiale*, PRB, BRIDGE, USAID, 4p.
4. Benedict, R., 1934, *Patterns of culture*, trad.fr, Echantillons de culture, Gallimard, 320p.
5. Bierschenk, T., & Olivier de Sardan, J-P., 1998, *Les arènes locales face à la décentralisation et à la démocratisation. Analyses comparatives en milieu rural béninois*, in Bierschenk T., & Olivier de Sardan, J-P., (Dir.), *Les pouvoirs au village: le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, pp. 11-51. Paris: Karthala. 296p.
6. Bonnet, D., & Guillaume, A., 2004, *La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels*, in Guillaume A., & Khlat M., (Ed.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, pp. 11-34, Paris: CEPED, 160p.
7. Bourdieu, P., 1998, *La domination masculine*, Paris : Seuil, 142p.
8. Fassassi, R., 2007, *Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle : rapport de synthèse*, Paris : CEPED, 67p.
9. Ferrand, M., 2005, *Féminin Masculin*, Paris : La Découverte, coll. Repères, 122p.

10. Fourn, E., 2007, *Pesanteurs socioculturelles à l'exercice des Activités Génératrices de Revenus par les femmes*, in labrys, études féministes, 10p.
11. Goffman, E., 2003, *L'Arrangement des sexes*, Paris: La Dispute, coll. Le genre du monde, 128p.
12. Grawitz, M., 2000, *Méthodes des sciences sociales*, 8^{ème} Edition, DUNOD, 320p.
13. Guengant, J-P., 2011, *Comment bénéficier du dividende démographique ? Synthèse des études réalisées dans les pays de l'UEMOA*, AFD, 83p.
14. Guillaume, A., 2004, *Les pratiques contraceptives*, in : Guillaume A., & Khlat M., (Ed.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Paris : CEPED, pp. 45-77.
15. Gautier, A., 2002, *Les politiques de planification familiale dans les pays en voie de développement : du malthusianisme au féminisme ?*, in : *Lien social et politiques*, n° 47, pp. 67-81.
16. Hacking, I., 2001, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris : La découverte, 240p.
17. Haupt, A., & Kane, T.T., 2004, *Guide de démographie du PRB, USA*: 4^{ème} édition, 73p.
18. Héritier, F., 1996, *Masculin/féminin I : la pensée de la différence*. Paris: O. Jacob, 332 p.
19. INSAE, 2016, *Effectifs de la population des villages et quartiers de ville du Bénin (RGPH-4, 2013)*, 83p.

20. INSAE, 2016, *Principaux indicateurs sociodémographiques et économiques (RGPH-4, 2013)*, 25p.
21. INSAE, 2015, *RGPH4 : Que retenir des effectifs de population en 2013 ?* Direction des études démographiques, Cotonou, 33p.
22. INSAE, 2013, *Synthèse des analyses en bref (RGPH-3, 2002)*, Direction des études démographiques, Cotonou, 48p.
23. INSAE, 2013, *Enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-IV) 2011-2012*, 551p.
24. INSAE, 2007, *Enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-III) 2006*, 492p.
25. INSAE, 2002, *Enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-II) 2001*, 389p.
26. INSAE, 1997, *Enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-I) 1996*, 318p.
27. Jaffré, Y., 2012, *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique*, Paris : Editions Faustroll Claunay, 253p.
28. Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J-P., 2003, *Un diagnostic socio-anthropologique des centres de santé malades*, in : Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J-P., (Dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp. 51-102. Paris : Karthala ; Marseille : APAD, 462p.
29. Jaffré, Y., 1999, *Conclusion*, in : JAFFRE, Y., & OLIVIER DE SARDAN, J-P., (Dir.), *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, pp.359-369, Paris : PUF, 374 p.

30. Jobin, F., 2008, *Discours, pratiques et représentations autour de la contraception médicalisée au Bénin : regard anthropologique sur la fréquentation d'une clinique privée à Abomey*, Mémoire de licence en ethnologie, 128p.
31. Leridon, H., 2013, *Introduction, in Théorie de la fécondité : des démographes sous influence ?* pp 9-39.
32. Linton, R., 1945, *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Bordas, 138p.
33. Locoh, T., 2001, *Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'ouest*, 18p.
34. Loubet Del Bayle, J-L., 1986, *Les problèmes de l'observation, dans Introduction aux méthodes des sciences sociales*, Toulouse : Privat, 2^{ème} édition, pp 27-35.
35. Moussa, H., A., 2008, *Entre absence et refus d'enfants : Socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*, Thèse de doctorat en Anthropologie Sociale, Marseille : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 250p.
36. MS, 2015, *Etude sur les grossesses précoces et/ou grossesses non désirées (GND) et comportements à risques chez les adolescentes et jeunes en milieu scolaire, éducation professionnelle et universitaire au Bénin (secteur public et privé)*, Rapport final, 133p.
37. MS, 2013, *Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Bénin 2014 -2018*, DSME, 74p.
38. Ngub'usim, M., N., 2004, *Cours de psychologie générale*, G₁ psychologie, FSSE, UNIKIN, 72p.

39. OMS, 1996, *Choix de méthodes contraceptives : guide théorique et pratique*, Genève, 143 p.
40. ONU Bénin, 2015, *Trait d'union. Parution spécial sur les Objectifs de Développement Durable*, 15p.
41. Olivier de Sardan, J-P., 1995, *Anthropologie et Développement, essai en socio-anthropologie de changement social*, Paris: Karthala, 287p.
42. Penda, A., A., 2004, *La femme chrétienne béninoise face à la «sante de la reproduction» : enjeux théologiques et éthiques : suggestions pour une pastorale ad- hoc dans l'archidiocèse de Cotonou*. Mémoire de fin de cursus master en sciences de l'éducation du mariage et de la famille, 131p.
43. Perrot, M., 1995, *Identité, égalité, différence*, in : *La Place des femmes*, Paris : Ed. La Découverte, pp. 39-56.
44. PRB, 2010, *World Population Data Sheet*, Washington, DC. 66p.
45. Rollet, C., 2006, *La population du monde. 6,5 milliards, et demain ?* Paris : Larousse, 128p.
46. Schwartz, D., 1993, *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*, Paris : Flammarion, 4^{ème} édition, 331p.
47. Stoller, R., 1968, *Sex and Gender: On the development of masculinity and femininity*. Sc. House, NY, 383p.
48. UNESCO, 1982, *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles*, Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août, Rapport final, 196p.

49. Williams, L., L., 1967, *Régulation des naissances : Premiers mesures au Jamaïque*, in : *Programme de régulation des naissances dans le monde*, The Population Council, pp.116-126.

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

1. FHI, 2016, *Zimbabwe : the impact of family planning on women's participation in the development process*, Family Health International (FHI), URL : <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/wsp/fctshts/Zimbabwe1.htm> Page consultée le 5 Juin 2016.
2. Masengu, J-P., 2004, *Discrimination et conflit : contribution à l'étude de la « conscience de condition » de la population Ngaba*, Université de Kinshasa, DEA, URL : <http://www.memoireonline.com/10/07/628/m-discrimination-etude-conscience-condition-population-ngaba5.html> Page consultée le 30 mars 2017 à 11h 50.
3. OMS, 2013, *Thèmes de santé Contraception*, URL : <http://www.who.int/topics/contraception/fr/index.html> Page consulté le 15 juin 2016.
4. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Culture&oldid=125374258> Page consultée le 20 avril 2016 à 10h 50. Définition du concept Culture.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES HOMMES ET LES FEMMES

Date de l'entretien : /___/___/___/

Durée de l'entretien : /___/

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DE L'INFORMATEUR

Nom et prénoms :

Age :

Religion :

Situation matrimoniale :

Commune :

Sexe :

Ethnie :

Profession :

Niveau d'instruction :

Arrondissement :

POINTS DE DISCUSSION

1. Chansons et Proverbes en matière de fécondité, de procréation et de famille.
2. Processus de prise de décision au sein du ménage.
3. Rôles et responsabilités des différents membres du ménage.
4. Pouvoir et dimension de l'autorité du mari
5. Sanction pour la femme non soumise.
6. Niveau de discussion au sein du foyer sur des questions liées à la production et à la reproduction.
7. Accès et contrôle des ressources au sein du foyer.
8. Prise de décision en matière de procréation et de contraception.
9. Perception sociale de la femme utilisatrice de méthode contraceptive.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES LEADERS RELIGIEUX

Date de l'entretien : /___/___/___/

Durée de l'entretien : /_____/

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DE L'INFORMATEUR

Nom et prénoms :

Sexe :

Age :

Ethnie :

Religion :

Profession :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Commune :

Arrondissement :

POINTS DE DISCUSSION

1. Enseignements religieux en matière de procréation, de fécondité, de mariage et de famille.
2. Point de vue de la religion par rapport à la contraception.
3. Méthodes contraceptives autorisées par la religion.
4. Conditions d'adoption des méthodes contraceptives selon la religion.
5. Adoption de la contraception sans l'autorisation du mari.
6. Adoption de la contraception par les adolescents non mariés.

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AGENTS DE SANTE

Date de l'entretien : /___/___/___/

Durée de l'entretien : /_____/

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DE L'INFORMATEUR

Nom et prénoms :

Sexe :

Age :

Ethnie :

Religion :

Profession :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Commune :

Arrondissement :

POINTS DE DISCUSSION

1. Adoption clandestine des méthodes contraceptives par les femmes.
2. Vécu de réaction de maris de femmes ayant adopté une méthode contraceptive sans leur autorisation.
3. Point de vue des agents de santé par rapport à la position des hommes face à la contraception.
4. Données disponibles par rapport à l'utilisation de la contraception.

FICHE D'IDENTIFICATION DES INFORMATEURS

Date de l'entretien : /___/___/___/

Durée de l'entretien : /___/

Lieu : _____

Description de l'entretien : _____

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE DE L'INFORMATEUR

Nom et prénoms :

Sexe :

Age :

Ethnie :

Religion :

Profession :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Commune :

Arrondissement :

Contact :

FICHE SYNTHÈSE D'ENTRETIEN

A partir des notes prises au cours de l'entretien, faites une brève synthèse des données collectées avant la transcription intégrale de l'entretien.

N°	POINTS DE DISCUSSION	INFORMATIONS OBTENUES

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ADMINISTRE AUX FEMMES

Date de l'entretien : /___/___/___/

Durée de l'entretien : /___/ mn

Arrondissement : _____ Village : _____

N°	THEMES ET SOUS-THEMES		CODES	SAUTS
	Questions	Réponses		
1	Caractéristiques sociodémographiques			
1.1	Sexe de l'enquêté (observez et notez, mais à partir de 1.2, il faut poser les questions)	Masculin	1	
		Féminin	2	
1.2	Quel âge avez-vous ?	/_____/		
1.3	Avez-vous fréquenté l'école ?	Oui	1	Si 0 allez à 1.5
		Non	0	
1.4	Quel est votre niveau d'études ?	Primaire	1	
		Secondaire premier cycle	2	
		Secondaire second cycle	3	
		Supérieur	4	
1.5	Quelle est votre situation matrimoniale ?	Marié ou vit en union	1	
		Célibataire	2	
		Veuf	3	
		Divorcé	4	
		Séparé	5	
		Autre (à préciser) : _____	6	
1.6	Dans quel type de ménage vivez-vous ?	Monogamique	1	
		Polygamique	2	
1.7	Quelle est votre profession ?	_____		
1.8	Quelle est votre ethnie ?	Adja	1	
		Fon	2	
		Mina	3	
		Autre (à préciser) :	4	
1.9	Quelle religion pratiquez-vous ?	Aucune religion	0	
		Vodoun	1	
		Catholicisme	2	
		Islam	3	
		Protestantisme	4	

		Christianisme Céleste	5	
		Eglise évangélique	6	
		Autre (à préciser) :	7	
1.10	Avez-vous d'enfants ?	Oui	1	Si 0 allez à Q 2.1
		Non	0	
1.11	Combien d'enfants avez-vous y compris ceux ou celles qui ne vivent pas avec vous ici ?	/____/		
2	Connaissances en matière de reproduction et de contraception			
2.1	Avez-vous entendu parler une fois des méthodes que l'on peut utiliser pour ne pas tomber enceinte ?	Oui	1	
		Non	0	
2.2	Si oui, quelles sont ces méthodes ?	Aucune méthode	00	
		Pilules	03	
		DIU (Dispositif Intra-Utérin)	04	
		Injectables	05	
		Implants (Jadelle...)	06	
		Rythme	13	
		Retrait	14	
		Cordelettes	15	
		Bagues magiques	16	
		Décoctions ou infusions	17	
		Toutes les méthodes	19	
3	Perceptions de la procréation, de la fécondité et de la famille			
3.1	Dans votre milieu, comment est perçue la femme qui n'a pas d'enfant ?			
3.2	Dans votre milieu, comment est considérée la femme qui a beaucoup d'enfants ?			
3.3	Pour vous, que représente l'enfant ?			
3.4	Selon vous, combien d'enfant un homme ou une femme devrait avoir dans sa vie ?	/____/		
3.5	Selon vous, est ce qu'une femme peut faire la contraception sans l'autorisation de son mari ?	Non	0	
		Oui	1	
		Ne sait pas	2	
3.6	Et si elle le faisait, qu'elle serait sa	Aucune punition	0	

	sanction ? (autres à compléter)	Sanction par les chefs traditionnels	1	
		Répudiation par le mari	2	
		Sanction par les chefs religieux	3	
		Arrêt immédiat de la méthode (retrait)	4	
		C'est le mari qui décidera	5	
3.7	Dans votre milieu, est-ce qu'une fille non mariée peut-elle adopter une méthode contraceptive ?	Non	0	
		Oui	1	
		Ne sait pas	2	
4	Pratiques en matière de procréation et de contraception			
4.1	Quel est l'âge de votre dernier enfant vivant ?	/_____/		
4.2	Voulez-vous tomber enceinte au moment où vous étiez enceinte pour la dernière fois ?	Oui	1	
		Non	0	
4.3	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par un avortement ?	Oui	1	
		Non	0	
4.4	Etes-vous enceinte en ce moment ?	Oui	1	Si 1 allez à 4.8
		Non	0	
4.5	Est-ce que vous utilisez actuellement une méthode contraceptive pour éviter de tomber enceinte ?	Oui	1	Si 0 allez à 4.8
		Non	0	
4.6	Quelle méthode contraceptive utilisez-vous actuellement ?	Présenter les méthodes dans l'ordre à la question 2.2 et mettez les codes correspondant aux réponses données		
4.7	Avez-vous le soutien de votre mari dans l'utilisation des méthodes contraceptives ?	Oui	1	
		Non	0	
4.8	Pensez-vous utiliser une méthode contraceptive après la naissance de votre prochain enfant ou plus tard ?	Oui	1	Si 0 allez 4.9
		Non	0	
4.9	Sinon, quelles sont les raisons qui expliquent ce choix ?	Religion	1	
		Mari	2	
		Effets secondaires	3	

TABLE DES MATIERES

Dédicace	3
Remerciements	4
Sigles et acronymes	5
Liste des tableaux	7
Liste des illustrations.....	7
Résumé	8
Abstract	8
Introduction générale.....	9
Première partie : Considérations théorique et méthodologique de la recherche	11
Chapitre I : Cadre théorique	12
1.1. Problématique.....	12
1.2. Hypothèses	15
1.3. Objectifs	15
1.4. Clarification conceptuelle	15
1.5. Revue de la littérature	19
1.6. Justification du choix du sujet.....	25
1.7. Modèle théorique d'analyse	26
Chapitre II : Approche méthodologique.....	28
2.1. Présentation du cadre de la recherche	28
2.2. Nature du sujet	29
2.3. Echantillonnage	30
2.3.1. Pour l'enquête quantitative.....	30
2.3.2. Pour l'enquête qualitative.....	34
2.4. Techniques, outils et collecte des données.....	36
2.4.1. Revue documentaire	36
2.4.2. Enquête par questionnaire	38
2.4.3. Entretiens individuels.....	38
2.5. Traitement et analyse des données	39

2.5.1. Données quantitatives	39
2.5.2. Données qualitatives	40
2.6. Aspects éthiques	40
2.7. Difficultés et limites de la recherche	41
Deuxième partie : Diversité de perceptions, construits sociaux de la procréation et usages de la contraception en milieu <i>aja</i>	43
Chapitre III : Diversité de perceptions de la contraception en milieu <i>aja</i>	44
3.1. La perception des effets secondaires des méthodes contraceptives modernes.....	44
3.2. Les positions dogmatiques religieuses	49
Chapitre IV : Construits sociaux de la procréation et usages de la contraception en milieu <i>aja</i>	57
4.1. La portée sociale de l'enfant en milieu <i>aja</i>	57
4.2. Les pratiques de planification familiale chez les <i>aja</i>	60
4.2.1. Les pratiques traditionnelles.....	60
4.2.2. Les pratiques modernes	63
4.3. L'adoption clandestine des méthodes contraceptives modernes.....	68
Conclusion générale	70
Références bibliographiques	72
Annexes.....	78
Guide d'entretien avec les hommes et les femmes	78
Guide d'entretien avec les leaders religieux	79
Guide d'entretien avec les agents de santé.....	80
Fiche d'identification des informateurs.....	81
Questionnaire individuel administré aux femmes.....	82