



UNIVERSITE D' ABOMEY-CALAVI  
(UAC)

==+==+==+==

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES  
(FLASH)

==+==+==+==

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE  
« ESPACES, CULTURES ET DEVELOPPEMENT »  
(EDP)

==+==+==+==

**FILIERE : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE**

**OPTION : SOCIOLOGIE DE DEVELOPPEMENT**

**MEMOIRE DE DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)**

**SUJET**

**PERCEPTIONS ET PRATIQUES DE LA  
CONTRACEPTION MEDICALISEE CHEZ LES  
FEMMES EN AGE DE PROCREER A COME**

Présenté et soutenu publiquement le 05 décembre 2016 par :

**Odette Kouassiba ALIHONOU**

Sous la direction de :

**Dr Adolphe Codjo KPATCHAVI**

Maître de Conférences-CAMES

Composition du jury :

Président : **Dr Cyriaque AHODEKON** (MC-CAMES)

Examineur : **Dr Abou-Bakari IMOROU** (MC-CAMES)

Rapporteur : **Dr. Adolphe KPATCHAVI** (MC-CAMES)

**Mention : Très Bien**

Année académique 2016-2017

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	i
RESUME .....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: ASPECTS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES.....	3
CHAPITRE I : CONSTRUCTION THEORIQUE DE LA RECHERCHE .....	4
CHAPITRE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE ET LE CADRE DE LA RECHERCHE.....	18
DEUXIEME PARTIE: PRESENTATION ET INTERPRETATIONS DES DONNEES.....	35
CHAPITRE III : DIFFERENTS PROPOS AUTOUR DES METHODES MODERNES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES .....	26
CHAPITRE IV : PRATIQUES LOCALES ET GLOBALES EN MATIERE DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES .....	61
CONCLUSION.....	79
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	82
ANNEXES .....	89
TABLE DES MATIERES .....	99

## **DEDICACE**

**A mes parents :**

Expédit Alihonou et Odile Kpadé

**Et à mes enfants :**

Trésor et Junior

## **REMERCIEMENTS**

Ce mémoire de recherche a pu aboutir grâce à la bonne volonté des personnes qui m'ont généreusement aidée et soutenue.

Je remercie sincèrement le professeur Adolphe C. Kpatchavi, pour avoir accepté sans la moindre hésitation de conduire l'encadrement de ce mémoire. Merci de m'accompagner une fois encore professeur, sur le chemin de la recherche scientifique ;

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à

- tous les enseignants de l'EDP pour le partage de savoirs ;
- Dr Pierre Mêliho pour sa contribution à la réalisation de ce mémoire ;
- Dr Olga Agbohoui Houinato et Alexandrine Houinato pour leur appui ;
- M. Maurice Sossou pour son soutien ;
- mes parents, mes frères et sœurs ;
- mes amis et
- tous les enquêtés.

## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

BM : Banque mondiale

CA : Chef d'arrondissement

CENALA : Centre national de linguistique appliquée

CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

CPS : Centre de promotion sociale

DEA : Diplôme d'études approfondies

DSME : Direction de la santé de la mère et de l'enfant

EDSB : Enquête démographique et de santé du Bénin

DIU : Dispositif intra-utérin

EDP : Ecole doctorale pluridisciplinaire

FAP : Femmes en âge de procréer

INSAE : Institut national de la statistique et de l'analyse économique

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCU : Pilule contraceptive d'urgence

PDC : Plan de développement communal

PVD : Pays en voie de développement

PF : Planification familiale

UAC : Université d'Abomey-Calavi

UNFPA: United nations population fund

SR: Santé de reproduction

USAID: United states agency for international development

## **LISTE DES PHOTOS**

Photo 1 : Maternité centrale de Comé.....	35
Photo 2 : Contraceptifs disponibles à la maternité centrale de Comé.....	36
Photo 3 : Variété de contraceptifs disponibles sur le marché informel.....	38
Photo 4 : Contraceptif d'urgence disponible sur le marché informel à Comé.....	39
Photo 5 : Feuilles à usage contraceptif .....	69

## **LISTE DES ENCADRES**

Encadré I : Méthode locale de régulation des naissances .....	47
Encadré II : Comprimé d'aspirine à usage contraceptif .....	48
Encadré III : Utilisation simultanée de deux méthodes contraceptives .....	54
Encadré IV : Vécu d'une femme ayant eu de complication après l'usage de deux différents contraceptifs .....	59
Encadré V: Propos d'un agent de santé élucidant une fausse rumeur.....	69
Encadré VI : Opinion d'un informateur ayant arrêté la procréation.....	71

## RESUME

Cette recherche vise à décrire les comportements des femmes en âge de procréer afin d'analyser les perceptions populaires de la contraception à Comé. Réalisé à partir d'une approche qualitative, le travail repose sur la réalisation des entretiens libre et de l'observation directe. Cinquante-trois informateurs ciblés par la technique du choix raisonné ont fourni les données traitées manuellement dans la perspective de l'analyse de contenu.

Les résultats exposent dans un premier temps, les opinions contrastées selon les différents acteurs rencontrés. Dans un second temps, ils mettent en exergue des pratiques syncrétisées issues des approches médicalisées et endogènes de régulation des naissances. Ainsi, sous un autre regard, l'usage de la contraception est-il parfois influencé par les rapports de genre en matière de la gestion de la vie sexuelle et reproductive. On retient que les nouvelles attitudes procréatives, prônées sous l'égide de la maîtrise de la fécondité annoncent l'effectivité des droits en matière de reproduction dans un contexte socioculturel, favorable à la nombreuse descendance.

**Mots clés :** espacement des naissances, perceptions, pratiques contraceptive, femmes en âge de procréer, Comé.

## ABSTRACT

This research aims to describe the behavior of women of childbearing age to analyze public perceptions of contraception in Comé. Made from a qualitative approach, the work is based on the achievement of semi-structured interviews, direct observation supported by capturing images. Fifty-three informants targeted by the technique of purposive provided manually processed data from the perspective of content analysis. The results expose at first, the contrasting opinions in the different actors met. Secondly, they highlight the syncretic practices from nursing and endogenous approaches birth control. Thus, under another perspective, the use of contraception is sometimes influenced by gender relations. We retain the new procreative attitudes, promoted under the aegis of the control of fertility announce the effectiveness of rights for reproduction in a cultural context favorable to the numerous descendants.

**Keywords:** birth spacing, perceptions, contraceptive practices, women of childbearing age, Comé.

## INTRODUCTION

L'éducation et la santé constituent les domaines essentiels pour amorcer et pérenniser le développement d'une nation. De ce point de vue, les questions de population et de la santé de reproduction paraissent davantage importantes. Depuis la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue en 1994 au Caire (Égypte), les gouvernements du monde entier y compris celui du Bénin ont reconnu comme des stratégies essentielles, l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive pour tous et la protection des droits en matière de reproduction. La notion de santé de la reproduction s'est, ainsi, imposée en intégrant la santé sexuelle et la régulation de la fécondité.

L'Afrique subsaharienne est entrée dans la seconde phase de la transition démographique, celle d'une baisse progressive de la fécondité. La baisse de la mortalité a été entamée au début des années 1930. Mais, c'est seulement depuis le milieu des années 1980 que la baisse de la fécondité, à son tour, est devenue évidente (Locoh, 2002 : 169). En effet, l'accès pour les femmes à des « *services de santé qui leur permettent de traverser en toute sécurité la grossesse et l'accouchement* » (Jaffré, 2009 : 8) est reconnu comme un droit. Parmi les droits de la santé de reproduction, se situe en bonne place celui d'être informé et d'utiliser la méthode de planification familiale (PF) de son choix. La PF permet de réguler les naissances, de réduire la pauvreté et d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant. A cet effet, le lien entre la santé maternelle et le développement est devenu une évidence.

Au Bénin, la mortalité maternelle demeure encore élevée. Au moins mille quatre cent (1400) femmes meurent chaque année suite à des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche (DSME, 2006). Les facteurs qui favorisent ces décès sont entre autres : l'environnement social ou

culturel, les accouchements à domicile, l'inaccessibilité des services de maternité, le dépistage insuffisant des grossesses à risque, le faible suivi du travail de l'accouchement et les problèmes financiers auxquels sont confrontés certains ménages. Cependant, le risque lié à la grossesse est moindre si les femmes avaient accès à des services de santé reproductive efficaces et de bonne qualité.

*« Les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, l'infécondité, les infections génitales, la contraception, ... constituent les domaines de la Santé de la Reproduction (SR). Au regard des résultats de l'Enquête Démographique et de Santé, l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union n'est pas très élevée : 13% ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête, et 8% utilisent une méthode moderne contre 5% pour les méthodes traditionnelles » (EDS IV, 2012).*

Dans le département du Mono, selon l'EDS IV, les besoins non satisfaits sont exprimés à 44%. En effet, les populations détiennent des pratiques autres que celles véhiculées par les services de planification familiale à Comé. Ces pratiques sont locales ou modernes. De plus, les utilisatrices tiennent des discours porteurs des informations tronquées qui influencent le recours aux différentes méthodes contraceptives modernes. Au regard de tout ce qui se dit sur les nouvelles méthodes d'espacement des naissances au sein des populations et du nombre peu élevé d'utilisatrices enregistrées, la question de la pratique de ces méthodes devient la préoccupation de cette recherche. Elle est intitulée « *Perception et pratique de la contraception chez les femmes en âge de procréer à Comé* ». Ce mémoire est structuré en cinq chapitres. Les trois premiers abordent respectivement, l'approche théorique, la méthodologie et la monographie du cadre de la recherche. Les deux derniers exposent les données empiriques et leur interprétation.

# **PREMIERE PARTIE : ASPECTS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES**

# **CHAPITRE I : CONSTRUCTION THEORIQUE DE LA RECHERCHE**

La gestion de la fécondité est influencée par de nombreux facteurs à savoir social, économique et politique. Les révolutions sanitaires et contraceptives ont favorisé des dynamiques au sein des populations. Ces changements ont fait l'objet de plusieurs recherches ou études scientifiques. Ce chapitre expose les différents aspects théoriques dans une perspective de construction de l'objet de recherche, de définition des concepts clés et du choix du paradigme d'analyse.

## **1.1 Espacement des naissances comme élément de problématisation de la recherche**

La maîtrise de la fécondité, la norme de procréation et les rapports sociaux de sexes font objets des réflexions scientifiques dans plusieurs domaines. Les sciences sociales et humaines, notamment la socio-anthropologie a contribué fondamentalement à ces réflexions en éclairant les notions de maîtrise de la fécondité et des moyens de contrôle de la fécondité.

En effet, depuis plus de trois décennies, les différents discours mettent le focus sur deux variables essentielles : l'espacement et la limitation des naissances. La planification des naissances par les moyens de contrôle de la fécondité est donc vécue comme un comportement normal.

Au Bénin, la PF comprend les méthodes de contraception modernes et d'autres services y afférents. Ces services sont les soins de santé, le soutien, l'information et l'éducation liés à la santé sexuelle et reproductive. Son utilisation joue un grand rôle dans la réduction de la mortalité maternelle et dans la maîtrise de la fécondité.

Cependant, *la contraception souffre d'une mauvaise réputation et est considérée comme obstacle à la famille* (UNFPA, 2008). A cet égard, la demande pour les méthodes modernes d'espacement des naissances reste faible. Aussi, s'ajoutent-

elles les difficultés de dysfonctionnement des services de santé pour offrir un choix permanent de méthodes modernes et fournir les prestations adéquates, garantissant sécurité et confidentialité (Jaffré, 2008).

En effet, la non planification des naissances donne lieu aux grossesses surprises. Or il est estimé que, compte tenu du nombre de grossesses non désirées, *près de 100 000 de ces décès pourraient être évités chaque année si les femmes qui ne désiraient pas d'enfants avaient accès à la contraception* (d'Arcangues, 2009). De ce point de vue, la prévention de la mortalité maternelle est une affaire de santé publique reposant sur la planification des naissances et sur la généralisation de soins obstétricaux de qualité pendant la grossesse et l'accouchement. La pratique contraceptive réduit les chances de grossesses et d'accouchements à risques.

Malgré les sensibilisations des agents de santé sur la planification familiale et les divers messages sur les canaux de communication, notamment sur les avantages des différents produits contraceptifs, le nombre de femmes utilisatrices des méthodes modernes de contraception reste toujours faible dans tout le Bénin. Il est estimé à 8% selon l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012 (EDSB-IV). Dans le département du Mono, selon la même source, cette estimation est de 4%. Dans le même temps, les besoins non satisfaits sont de 44%.

En effet, les taux dans les registres officiels paraissent faibles parce que les populations ont découvert d'autres moyens pour espacer ou éviter les grossesses. Ce qui rejoint le but des politiques de santé de reproduction. De plus, l'absence des effets secondaires, des problèmes liés à la prise ou perte de poids, le retour de fertilité renforcent leur attachement aux pratiques endogènes.

Les agents de santé n'arrivent pas à gérer toutes les plaintes des patientes dont la pratique contraceptive a débouché sur d'autres problèmes de santé et/ou

conjugaux. Ce qui a donné naissance à différentes sortes de discours. Les informations, notamment les discours sociaux qui sont produits sur les méthodes modernes d'espace de naissance déterminent l'attitude des potentielles utilisatrices. Aussi, l'ultime décision en vue d'entamer une pratique contraceptive intervient-elle après l'obtention de « conseils informels » ou de « conseils officiels » (Coulibaly, 2012). A ce niveau, les personnes qui interviennent en qualité de « conseillers informels » sont le plus souvent un proche parent (tante, sœur), une amie ou un revendeur clandestin de médicaments (Coulibaly, 2012). Ces faits rappellent que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes constitue une question complexe qui va au-delà de l'accessibilité physique ou financière des services de PF ou de la question des compétences.

En d'autres termes, la décision et l'utilisation des méthodes modernes de contraception sont influencées par des construits sociaux. Selon les contextes socioculturels considérés, *si les connaissances sont nécessaires, elles ne sont pas suffisantes pour des actes. Il faut encore fonder son opinion, donner son assentiment, « croire à ce qui est énoncé »* (Jaffré, 2012 : 49). Les réseaux sociaux (ou les réseaux de proximité différents de ceux qui se créent *via* internet) sont très importants dans la pratique contraceptive. *Les décisions ne se limitent pas à l'unique famille et ne se prennent pas dans le vide* (Musalia, 2005 cité par Jaffré : 49).

Alors, existe-t-il une logique explicative contextuelle des discours sociaux sur le comportement des femmes face à la pratique de la contraception à Comé ?

Les comportements des acteurs face à la contraception moderne découlent-ils de la panoplie des pratiques locales ? La question de recherche qui émerge de ces réflexions est celle-ci :

**Comment peut-on expliquer la réticence des femmes en âge de procréer par rapport aux pratiques de contraception médicalisée à Comé ?**

Pour répondre à cette question de recherche, deux hypothèses sont formulées.

## **1.2 Hypothèses de recherche**

H<sub>1</sub> : la réticence des populations s'expliquent par les représentations sociales que les acteurs se font de ces pratiques, qui se traduisent à travers leurs comportements ;

H<sub>2</sub> : les comportements des promoteurs des services de PF influencent l'adoption des méthodes contraceptives médicalisées par les acteurs.

Pour opérationnaliser les hypothèses de recherche deux catégories d'objectifs sont formulées.

## **1.3 Objectifs de recherche**

De façon générale, il s'agit d'analyser l'influence des perceptions populaires sur les usages des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer à Comé.

Spécifiquement, il est question de :

OS<sub>1</sub> : décrire les discours populaires des femmes en âge de procréer en rapport avec les usages des méthodes modernes d'espacement des naissances;

OS<sub>2</sub> : catégoriser les comportements des femmes en âge de procréer en lien avec la déconstruction des pratiques contraceptives.

Pour mieux comprendre le sens de certains concepts, il est important de les clarifier.

## **1.4 Clarification de quelques mots clés**

Contraception, pratique contraceptive, perception et femmes en âge de procréer sont les concepts à définir dans cette partie.

La planification familiale permet aux populations d'avoir le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances (OMS, 2015). Elle consiste à utiliser les méthodes modernes d'espacement des naissances ou des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité.

La **contraception** constitue un des aspects de la gestion de la fécondité, conjointement à l'avortement, l'infanticide et la lutte contre la stérilité (Moussa, 2008). Ces méthodes sont des moyens médicalisés ou non mis à la disposition des personnes dans le besoin d'espacer les naissances ou de retarder une prochaine grossesse. On peut citer les méthodes de courte durée, les méthodes de longue durée et les méthodes définitives (irréversibles). Ces méthodes ont été introduites en Afrique depuis plusieurs décennies.

En effet, la **contraception** est l'« *utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter* » (OMS, 2013 :1). Donc, les contraceptifs sont utilisés dans le cas de la prévention des grossesses. A cet effet, tout ce qui est recensé comme pratique pour retarder ou empêcher la grossesse est rangé parmi les contraceptifs. Il faut souligner que ces contraceptifs sont appréciés différemment au sein des populations et donnent lieu à diverses perceptions.

Les **perceptions** représentent le sens que les personnes donnent à un fait, un objet, une chose ou une pratique. *La perception est donc notre ouverture au monde, « notre insertion dans un monde, naturel et historique, elle est pour ainsi dire notre initiation à l'être* (Dupond, 2007 : 3). Cela se manifeste surtout dans les comportements et les discours. En effet, ce qui se dit entre les acteurs d'une communauté, influence les comportements de ces derniers. L'ensemble des propos, des pensées, des échanges ou des réflexions sur un fait de la société, détermine les actions.

Pour Jaffré, « ... *la décision ou l'usage effectif du produit contraceptif sont effectués en lien avec un réseau sémantique large, soutenant les interprétations locales et confèrent du sens aux situations vécues* » (2012 : 53). L'utilisation de la contraception à Comé est fortement influencée par toutes les opinions qui, en réalité, reflètent le sens que les populations lui accordent.

Les **perceptions** renvoient ici aux significations et sens qui rendent particulièrement compte de la polémique au sujet de la contraception. Le début de la pratique contraceptive, *a priori*, émerge de la décision du couple ou de la personne qui devient utilisatrice. Mais il est constaté que l'entourage influence fortement cette prise de décision. « *Le processus décisionnel est comme un phénomène séquentiel, composé de trois phases : l'acquisition d'informations, l'évaluation des informations et ensuite les inférences* » (Einhorn et Hogarth, 1980).

Les perceptions découlent parfois des rumeurs. « *Les rumeurs influencent fortement la décision contraceptive parce qu'elles sont une remarquable photographie de l'état des croyances collectives et des représentations sociales, qu'elles expriment et transmettent* » (Taieb, 2001 : 233). La **pratique contraceptive** renvoie à l'utilisation véritable des contraceptifs. L'influence des rumeurs sur la pratique contraceptive est si signifiante à cause de leur critère circulatoire ou ambulatoire (Taieb, 2001: 237). Ce qui produit des effets et induit des actions individuelles surtout dans le rang des femmes en âge de procréer (**FAP**).

Les **FAP** sont une frange de la population sexuellement active et physiologiquement capable de concevoir. Certes, l'OMS situe cette tranche d'âge de quinze à quarante-neuf ans. Mais réellement, certaines femmes ne connaissent pas avec précision leur âge. Donc l'activité sexuelle et la physiologie sont les principaux critères de sélection.

Des concepts ainsi expliqués, que disent alors les différents ouvrages consultés sur la question de la planification des naissances ?

### **1.5 Etat de la question**

Plusieurs chercheurs dans les disciplines des sciences de l'homme et de la société, particulièrement de la sociologie et anthropologie, ont abordé la question de la pratique contraceptive sous plusieurs aspects. Il s'agit notamment, des questions liées : aux normes procréatives, aux besoins non satisfaits en PF, aux facteurs explicatifs de la faible pratique contraceptive, etc.

L'article intitulé « *Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains* », paru sous la plume de Bajos, Teixeira, Adjamagbo, Ferrand, Guillaume et Rossier, en 2013, énumère quelques obstacles à la pratique contraceptive dans les pays où a lieu cette recherche. Il s'agit de la valeur sociale accordée à la fécondité élevée, la peur des effets secondaires liés à cette pratique et le primat du plaisir sexuel masculin. Selon les auteurs, chacun de ces facteurs rendent compte de la faible utilisation des contraceptifs. Cette recherche a permis de spécifier les circonstances dans lesquelles surviennent les grossesses non prévues, l'absence de pratique contraceptive et les problèmes découlant de celle-ci.

En effet, l'utilisation des contraceptifs est liée parfois au profil sociologique des femmes. Au Maroc, les programmes de planification familiale sont adressés exclusivement aux femmes mariés car la sexualité hors du mariage est socialement interdite et la femme vivant la sexualité en dehors d'un cadre conjugal a une sexualité socialement illégitime.

Cette réalité sociale s'observe également dans les trois autres pays de la recherche mais par autant qu'au Maroc. Dans ces pays, l'accès la planification familiale est toléré pour les personnes non marié mais demeure problématique.

Le premier facteur qui explique la faible utilisation des contraceptifs est la valeur sociale accordée aux enfants. La descendance est un bénéfice social pour les parents et leur confère le statut d'homme et de femme normaux. Pour garder ce statut social, le couple doit préserver la fertilité. Ce qui conduit au second facteur : les effets secondaires. Pour les femmes, les contraceptifs hormonaux contribuent à l'altération de leur fertilité future. Et enfin le troisième facteur qui est le fait que l'usage des contraceptifs est parfois influencé par la logique sociale de la domination masculine. Ce qui rend explicite l'influence des rapports de genre sur la pratique contraceptive.

L'ouvrage intitulé « *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique* » paru aux Éditions Faustroll Clauay en 2012 sous la direction de Jaffré pose les bases des réflexions sur l'utilisation de la contraception en Afrique de l'ouest. Il insiste sur les notions de « besoins non satisfaits » et « barrière culturelle ».

Pour l'auteur, les besoins non satisfaits (désir d'utiliser une contraception sans le faire) sont les conséquences de plusieurs facteurs et expliquent les niveaux actuels de l'utilisation des contraceptifs dans les pays de l'Afrique de l'ouest. Ces facteurs sont : l'inadéquation de l'offre des contraceptifs aux attentes des femmes, le faible taux de scolarisation des populations et surtout des femmes, le faible revenu des populations et les pesanteurs socioculturels.

Dans cet ouvrage, il est question de savoir entre autre si l'élimination de « *cultural barrier* » (barrière culturelle) suffit pour faire baisser le « *unmet need* » (besoin non satisfait). Pour Jaffré,

« *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).

De ce point de vue, la culture n'est pas alors la barrière pour la pratique contraceptive comme l'ont fait croire les préceptes de la santé publique. Selon l'auteur, pour accéder à la contraception, il faut fonder ses certitudes, effectuer un certain travail sur soi permettant une affirmation conflictuelle de ses choix, et souvent modifier les relations avec son partenaire. Car, face à la contraception, entre hommes et femmes, les enjeux sont différents. Et loin de constituer une sorte de collégialité d'intérêts les relations de genres sont largement dissymétriques. Pour parer à cela, il faut construire de l'autonomie dans des relations de genres dissymétriques. Egalement, de nombreux témoignages concordent et démontrent ces incompréhensions, mais soulignent surtout que la décision et l'usage effectif du produit contraceptif sont effectués en lien avec un réseau sémantique large, soutenant des interprétations locales et conférant du sens aux situations vécues. Les différentes interprétations locales sont aggravées par les comportements des femmes qui témoignent d'une déconstruction de la pratique contraceptive.

La démographe Locoh, spécialiste de l'étude des populations africain, souligne dans *les structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest* que depuis plus de quarante ans, l'Afrique subsaharienne a amorcé la transition démographique.

Ainsi, la représentation sociale de l'enfant demeure mais n'engendre plus forcément l'esprit pronataliste chez les femmes et dans les foyers. Une analyse actuelle de l'influence des structures familiales indiquant que la faible pratique contraceptive ne s'explique pas, rigoureusement par l'attitude des femmes à avoir autant d'enfants que Dieu leur en donne. Ce qui implique que la fécondité élevée n'explique pas immédiatement la faible utilisation des méthodes d'espacement des naissances, car les normes en matière de la procréation ont évolué. La tendance n'est plus la forte fécondité. Cette situation relève des changements de comportement des mères et pères dans les milieux urbains.

Pour Jaffré,

*« la fécondité est une des dimensions du devenir social, elle n'en est pas l'unique élément. Enfin, sans doute faut-il souligner les mutations, notamment en milieu urbain, du statut de l'enfant. L'aide immédiate ou espérée au futur représente aussi une charge initiale qu'il faut assumer »* (2012 : 48).

Les parents commencent par comprendre l'importance de la famille de développement. Cela s'exprime par l'essor individuel et collectif des composantes de la société.

Abordant le sujet du point de vue démographique, Guengant (2011) s'interroge sur la réalité des pays de l'Afrique de l'Ouest à bénéficier du dividende démographique.

*« La rapidité des baisses de la mortalité et de la fécondité dans les pays émergents n'est pas le fruit de hasard. Elle est le résultat de politiques ou programmes menés et visant à diversifier leurs économies, à augmenter les niveaux d'éducation et de santé de leur population et à maîtriser leur croissance démographique »* (Guengant, 2011 : 26).

Les programmes de planification des naissances seuls ne pourront pas donner les résultats escomptés. Il faut plus d'action dans le secteur de l'éducation et de la santé.

Attanasso et al. (2007), dans *Les facteurs de la contraception au Bénin : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001 à 2005*, GRIPPS (Groupe international de partenaires population-santé), ont exposé les facteurs déterminants de la pratique contraceptive dans les différentes régions, et selon les ethnies et zones de résidence au Bénin. Lorsqu'on considère l'environnement socioculturel et le milieu de vie de la femme au Bénin, on remarque que l'appartenance à un groupe ethnique influence non seulement la prévalence contraceptive mais également la méthode utilisée. Ainsi, le contexte religieux au Bénin est marqué par la coexistence de plusieurs religions (le catholicisme, le protestantisme, l'islam et l'animisme). En général, dans leur ensemble, les religions (surtout la religion catholique) condamnent toute forme non naturelle de pratique contraceptive et ont plutôt une tendance pronataliste.

Cependant, la population féminine se réclamant du christianisme adhère davantage au processus de maîtrise de la fécondité par les méthodes modernes. De plus en plus, les chefs religieux (musulmans, protestants) sont associés à des séances de sensibilisation, ce qui relativise leur position par rapport à la contraception. Selon les auteurs, la femme non-utilisatrice de produits contraceptifs modernes est une femme non instruite qui a été socialisée et qui réside en milieu rural. Elle n'a qu'une connaissance vague des sources d'approvisionnement en contraceptifs modernes. Néanmoins, avec les séances de sensibilisation d'offre gratuite de contraceptifs de longue durée, cette catégorie de femmes ont de plus en plus accès à des contraceptifs.

Parlant des pesanteurs, Houinsa (2008) dans « *Femmes du Bénin au cœur de la dynamique du changement social* », écrit :

*« le joug de la société patriarcale pèse également sur la santé de la reproduction. En effet, le boulet socioculturel n'autorise toujours pas encore la femme à discuter avec son conjoint de sa sexualité et de sa vie reproductive, en particulier de la planification des naissances ».*

(Houinsa, 2008 : 151).

Cependant, les réalités ne sont pas les mêmes dans les milieux de vie. Pour les femmes du milieu rural, toute tentative concernant ce sujet de limitation ou d'espacement des naissances, oriente les compréhensions dans le sens de l'infidélité ou des initiatives pouvant mettre en danger la vie sociale du couple. Mais dans les milieux urbains, les hommes commencent par surmonter le *joug culturel* et proposent parfois à leurs femmes la pratique des contraceptifs. Donc les pesanteurs culturelles sont en partie des obstacles à la pratique contraceptive. Ce qui fait peur aux femmes en âge de concevoir, c'est aussi la gestion des effets secondaires par les agents de santé.

S'agissant des pouvoirs des hommes et des femmes dans la gestion de la sexualité, Jaffré (2012) écrit que :

*« l'usage de la contraception suppose et construit un nouvel espace de dialogue entre les genres. Les raisons d'user ou pas de la contraception sont liées à ces dimensions sociales et affectives articulant des pouvoirs de genre ou faire est souvent synonyme d'affronter. La contraception est un événement fondamental dans la vie des sociétés parce qu'elle transforme la valence différentielle entre les sexes en permettant aux femmes une certaine appropriation de leur corps » (Jaffré, 2012 : 113).*

Le réel problème est que la majorité des femmes, continue d'être victime de son statut traditionnel qui la place en position inférieure par rapport à l'homme. Mais avec la transformation et l'évolution de certaines normes sociales et pratiques, cette inégalité disparaîtra avec les générations à venir à la faveur de la culture de dialogue au sein des couples.

La contraception bien vécue, n'ayant pas causé plus de nouveaux problèmes, améliore également la qualité de vie des femmes. Dans ce cas, elles peuvent consacrer plus de temps à leur bien-être et à leur épanouissement personnels et à celui de leur famille. La contraception permet de dissocier la sexualité et la fécondité. Les femmes peuvent avoir des rapports sans avoir la peur de tomber enceinte. Si la fécondité est le lieu central de la domination masculine, il s'ensuit que la prise par les femmes du contrôle de leur fécondité revient pour elles à sortir du lieu de la domination. Cependant, toutes les femmes ne sont pas des acteurs passifs qui subissent les règles pré-établies en ce qui concernent les rapports de genre en matière de la gestion de la vie sexuelle et reproductive. Certaines développent souvent de micro-stratégies pour contourner les normes sociales et pour atteindre leurs buts ( ).

Les différents ouvrages parcourus, ont abordé le phénomène de la baisse progressive de la fécondité et de la pratique contraceptive moderne. Cependant, l'actuelle recherche, en plus de revenir sur la contraception moderne, va faire le

lien avec la pratique contraceptive non médicalisée. Autrement dit, elle va permettre de comprendre les différents usages contraceptifs et les raisons du choix des femmes en âge de procréer.

Les différents ouvrages ainsi parcourus, quel est alors le modèle d'analyse théorique qui permet d'expliquer, les comportements en matière de la planification des grossesses dans le cas de cette recherche ?

## **1.6 Modèle d'analyse**

Plusieurs théories et modèles scientifiques ont admis que la transition démographique s'inscrit dans le processus global du changement social. Les phénomènes dont traitent les sciences sociales sont historiquement contextualisés, inscrits dans le temps et dans l'espace. A cet effet, le passage d'un régime de forte mortalité et de forte fécondité à un régime de faible mortalité et de faible fécondité constitue un phénomène diachronique.

La question de la temporalité est donc fondamentale pour l'ensemble des chercheurs. Le temps peut être considéré tout à la fois comme le « *plasma même où baignent les phénomènes, lieu de leur intelligibilité* » (Bloch 1949 : 5). De ce point de vue, les démarches diachroniques et synchroniques (Bosa, 2011) vont aider à l'explication du passage de la forte fécondité à une fécondité moins forte, voire une faible fécondité (dans quelques décennies) à Comé.

En effet, la diachronie qui est l'évolution des faits, et la synchronie qui s'intéresse à l'état des faits et le culturalisme, aideront à orienter ce travail. Malgré les différences de perspective qu'elles impliquent, les démarches diachroniques et synchroniques ne peuvent donc faire abstraction de l'historicité du monde social. La différence est que la première l'aborde sous l'angle des processus et des évolutions, tandis que la deuxième étudie les phénomènes sociaux comme résultats d'une histoire oubliée et rendue

inconsciente mais qui constitue, pour les membres d'un groupe donné, des contraintes bien réelles pour l'action (Bosa, 2011).

Pour (Rozin, 2006),

« la culture étant inhérente à toutes les évolutions de la société, elle ordonne la finalité d'un vécu collectif sur des valeurs sociales ou des règles d'arbitrage collectives. Elle correspond en effet à une inscription, dans l'espace et le temps »

Dans ce cas, les normes, valeurs et modes de comportement évoluent avec la culture. Pour l'auteur,

« elle est homogène et a des effets positifs. Elle s'impose à l'individu et forge sa personnalité sociale mais sans qu'il y ait des contradictions. Le consensus est toujours présent. Le seul élément dynamique est le rééquilibrage, conséquence d'un changement de culture (nouvelles normes, valeurs qui ne sont plus pertinentes,...) » (Rozin, 2006).

En réalité, la nombreuse descendance a été pendant longtemps considérée comme, norme sociale et enracinée dans les valeurs socioculturelles. Mais avec l'évolution des perceptions, valeurs et attitudes en matière de procréation, la fécondité diminue avec le temps.

« Le culturalisme recoupe pourtant plusieurs formes de discussion sur la réalité des espèces humaines, le fondement des formes d'expression esthétiques et la continuité de pratiques sociales organisées dans des groupes » (Rozin, 2006 : 15)

Alors la recherche va s'articuler autour des attitudes et pratiques qui déterminent le choix des femmes et des hommes en matière de l'espacement ou de limitation des naissances.

Ainsi se présente le cadre théorique de cette recherche. Le chapitre qui va suivre expose dans les détails, l'approche méthodologique adoptée.

## **CHAPITRE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE ET LE CADRE DE LA RECHERCHE**

Les comportements en matière de la reproduction reflètent les pratiques socioculturelles liées à la régulation des naissances et à la représentation de la fécondité. Ainsi, pour présenter ces pratiques et analyser les comportements, l'approche qualitative est retenue. Alors, ce chapitre met en vue l'approche méthodologique qui a servi pour la collecte et l'analyses des données, ainsi que le cadre dans lequel tout ceci est fait.

### **2.1- Approche méthodologique**

#### **2.1.1- Justification du choix du cadre de la recherche**

Cette recherche est un prolongement des travaux de recherche en année de maîtrise en sociologie-anthropologie réalisé en 2012 à Comé. Ce qui avait permis de faire le lien entre les perceptions socioculturelles de l'enfant et la pratique des méthodes de la planification familiale chez les Waci de Comé. En réalité, depuis 1996, le nombre moyen d'enfants des femmes a diminué passant de 6,3 en 1996 à 5,7 en 2006 puis à 4,9 en 2011-2012(EDS, 2012 : 73) au Bénin. En s'appuyant sur les expériences, les connaissances et les pratiques, cette recherche permet de comprendre la manière dont l'offre en méthodes contraceptives et la demande en planification familiale s'articulent. Ceci a permis d'analyser les stratégies que les femmes en âge de procréer développent pour répondre aux besoins de planification familiale dans la commune de Comé.

#### **2.1.2- Nature de la recherche**

L'appréhension des discours populaires des femmes en âge de procréer dans un premier temps et l'explication de leurs comportements dans un second temps imposent une approche qualitative à cette recherche. Autrement dit, la collecte des données empiriques s'est focalisée sur les diverses perceptions des communautés de la contraception moderne et les pratiques contraceptives habituelles et les comportements des femmes en âge de procréer.

Cependant, quelques données quantitatives empiriques sont exploitées pour renforcer les données collectées à base des guides d'entretiens et de la grille d'observation au près d'informateurs clés. Dans cette perspective, un échantillon a permis de faire la collecte des données.

### **2.1.3- Population et Echantillonnage**

La contraception étant un sujet délicat, elle interpelle plusieurs acteurs que sont les pouvoirs politiques, les autorités sanitaires et les populations et parmi cette dernière catégorie, les femmes sont au premier rang même si leur décision dépend (dans une proportion relativement moins importante) de l'approbation de leurs maris. Dans le cadre de cette recherche, quatre catégories de personnes ont été entretenues : il s'agit des femmes en âge de procréer, des maris de ces femmes et d'autres hommes dont leurs femmes ne font pas partie de l'échantillonnage, de certains agents de santé et des responsables du centre de promotion sociale et des autorités locales (de la mairie) qui s'occupent des questions du genre.

Trois techniques d'échantillonnage ont permis de choisir les informateurs. Il s'agit de la technique du hasard simple, du choix raisonné et de la technique de boule de neige. La technique du hasard simple a permis de choisir au hasard les ménages et d'interroger les femmes qui s'y trouvent. Dans les discussions, ces femmes ont indiqué d'autres femmes qu'elles estiment mieux placées pour fournir d'importantes informations sur le sujet. C'est en ce moment qu'intervient la technique de boule de neige. Au total trente-un femmes ont été interrogées.

Concernant les agents de santé, la technique utilisée est celle du choix raisonné d'autant plus que ces acteurs sont directement concernés par la question de la planification familiale de par leurs responsabilités dans les diverses structures dont ils ont la charge.

La technique de boule de neige a permis de prendre en compte les agents du CPS indiqués par les agents de santé. Pour cela, cinq agents de santé et deux agents du CPS ont été interviewés

Quelques maris des femmes interrogées et d'autres hommes dont leurs femmes ne font pas partie de l'échantillonnage ont été retenus par la technique du choix raisonné afin de comprendre l'influence de ces maris dans les perceptions véhiculées par les femmes sur les contraceptifs et leur usage. Ils sont au total douze hommes qui ont aidé à trianguler les différentes informations.

Quant aux autorités locales, elles constituent la catégorie minoritaire de l'échantillonnage car faisant un total de deux personnes. Elles ont été choisies par la technique du choix raisonné en ce sens qu'elles sont impliquées dans les sensibilisations de masse en rapport avec la planification familiale et aussi l'on note un service chargé de la question du genre dans la mairie qui s'occupe des questions liées aux femmes en général.

S'agissant des vendeurs informels de médicaments, la technique de boule de neige a été utile du fait de l'indexation de ces vendeurs par les femmes utilisatrices des contraceptifs informels. Ces vendeurs véhiculent des informations sur les contraceptifs et de ce fait influencent ou modifient les perceptions et les pratiques des femmes à l'égard des PF.

**Tableau N°1**

Catégories d'acteurs	Femmes utilisatrices de	Femmes non utilisatrices	Maris des Femmes utilisatrices de	hommes témoins	Agents du centre de promotion sociale et de santé	Vendeurs de médicaments informels	Autorités locales
Nombre d'acteurs	12	19	04	08	07	01	02
Total							53

### 2.1.4- Choix du cadre d'étude

Dans le cadre de cette recherche, la commune de Comé a été choisie pour plusieurs raisons. D'abord, c'est le lieu qui a servi de cadre dans la collecte de données lors du mémoire de maîtrise et dont le sujet portait sur les représentations socioculturelles liées aux espacements des naissances. Il a paru intéressant d'approfondir le sujet en investiguant les fondements ou déterminants qui expliquent la réticence des femmes par rapport aux pratiques de contraception médicalisée. Egalement la commune de Comé est une commune cosmopolite qui a les caractéristiques du milieu urbain et aussi rural. De ce point de vue, il s'avère important d'analyser l'influence des perceptions par rapport à l'usage des contraceptions médicalisées avec la certitude de travailler dans le milieu semi-urbain.

Les moyens étant limités, la recherche ne pouvait être faite dans toute la commune. Cependant, un seul arrondissement a été choisi et dans le but d'avoir un échantillon représentatif en se basant sur la démographie et les infrastructures sociosanitaires, l'arrondissement de Comé a été favorable. C'est l'arrondissement central de la commune qui abrite la plupart des infrastructures sociosanitaires, sociocommunautaires et socioéducatives. Aussi est-il que dans cet arrondissement regroupant 18 quartiers de villes, cinq de ces quartiers ont été choisis pour la collecte des données :

- hôtel de ville est un nouveau quartier qui abrite les nouveaux locaux de la maire de Comé. Ce qui lui a d'ailleurs valu cette appellation. Les autorités locales ont été identifiées à cet endroit.
- Mon Berger est un bar restaurant qui a donné son nom au quartier qui l'abrite. On y retrouve l'hôpital de zone de la zone sanitaire Comé- Grand popo- bopa et houéyogbé. Cet hôpital abrite plusieurs services dont celui de planification familiale.
- Maison des jeunes est un quartier qui abrite également le centre de loisir des jeunes appelé communément "maison des jeunes". Ce quartier abrite une structure sanitaire privée avec le service de planification familiale.
- Hongodé est le quartier qui a abrité les anciens locaux de la mairie de Comé. Lors de la collecte des données empiriques, la maternité centrale à cause des travaux de réparation était délocalisée dans les anciens locaux de la mairie. Donc quelques femmes ont été interviewées dans ce centre.

### **2.1.5- Techniques et Outils de collecte des données**

- **L'entretien libre**

Compte tenu de la nature de la recherche et de la sensibilité du sujet, la technique de l'entretien a été privilégiée. Elle est choisie en raison de la possibilité qu'elle donne à approfondir les informations et de relancer les questions. Ainsi, l'accent a été mis sur l'entretien libre. L'outil correspondant à cette technique est le guide d'entretien. Il a été conçu pour chaque catégorie d'acteurs à savoir : les femmes en âge de procréer, les agents de santé et de centre de promotion sociale, les autorités locales et les hommes.

- **Observation directe**

Il a été question d'observer les femmes enceintes ou non, les enfants, la taille des familles (dans les ménages), les agents de santé, leur façon de recevoir et de traiter les patientes, etc. La maternité centrale de Comé est le lieu où

l'observation a été faite sur près de deux semaines. Les affiches de sensibilisation sur la PF, les affiches sur le tableau d'affichage (par rapport aux données quantitatives de PF et les usagers des services de PF) sont particulièrement observées. Une grille d'observation bien élaborée a servi d'outil. Les différents outils ont permis de collecter les données. Alors comment a été fait le traitement de ces données ?

- **Capture d'images**

La capture des images photographiques s'avère indispensable dans les recherches de nos jours. Pour ce travail, les images photographiques ont permis de trouver le nom scientifique de feuilles servant de contraceptifs chez certaines familles. Les autres produits contraceptifs non formels sont également photographiés et insérés dans ce document. Le processus de la collecte des données empiriques nécessite le respect de l'éthique en matière de recherche scientifique et est jalonné parfois de difficultés. Les lignes qui vont suivre, informent davantage sur ces deux aspects de la recherche.

- **Technique de traitement et analyse des données**

Les données collectées à base des outils apprêtés pour la recherche sont traitées de façon manuelle. L'interprétation des données repose sur la méthode d'analyse du contenu. Cette phase est aussi l'occasion de trianguler les données collectées à base des outils de collecte. Toutefois, des logiciels World et Excel sont mis à contribution pour la saisie et la traduction des données en tableau.

### **2.1.6 Différentes étapes de la recherche**

La collecte des données a été faite en deux grandes étapes : la pré-enquête et l'enquête proprement dite précédée d'une enquête exploratoire.

- **Pré-enquête**

Cette étape a permis d'identifier et de prendre contact avec les informateurs, de planifier les rendez-vous, notamment avec les autorités locales de Comé, quelques femmes en âge de procréer, les responsables des maternités à visiter et le directeur de l'hôpital de zone de Comé. Cette phase a couvert le mois de septembre 2015. Au cours de cette phase, les différents outils de collecte de données ont été élaborés, validés puis testés. Ce travail a finalement aidé à améliorer le contenu des outils de collecte en préparation à la phase d'enquête intensive qui va suivre.

- **Enquête intensive**

La phase de l'enquête intensive a permis de collecter diverses informations sur les différentes pratiques en matière de la régulation des naissances auprès des informateurs. Les différents entretiens ont lieu dans les centres de santé, sur les lieux de travail, à l'hôpital de zone, à la mairie et surtout dans les ménages. Les acteurs interrogés sont les femmes sans distinction de secteur socioprofessionnel, les hommes susceptibles de fournir les informations recherchées et quelques jeunes de seize à vingt-quatre ans. L'enquête a couvert tout le mois de novembre 2015.

### **2.1.7 Aspect éthique de la recherche**

La prise en compte de l'aspect éthique a été respectée dans cette recherche. En effet, une autorisation a été délivrée par le Directeur de l'école doctorale pluridisciplinaire (EDP) de la FLASH/UAC. Cette autorisation a été présentée aux responsables de l'hôpital de zone qui ont autorisé son déroulement dans la Zone sanitaire CBGH.

Les entretiens ont été précédés de l'explication du travail à faire aux informateurs. Pour ce faire, il leur a été expliqué au besoin en langue locale les

objectifs de la recherche. Un accent a été mis sur le consentement (oral) libre et éclairé des informateurs.

Finalement, quelques questions n'ont pas pu avoir de réponses mais aucun abandon des entretiens en cours n'a été enregistré. De plus, les informateurs ont été rassurés que les informations collectées seront exploitées pour la réalisation d'un mémoire de recherche. Pour cette raison, les identités des personnes rencontrées ne sont pas dévoilées. Vu le caractère sensible du sujet, l'étape de la collecte des données s'est déroulée avec quelques difficultés qu'il importe de mentionner.

### **2.1.8 Difficultés et limites de la recherche**

La première difficulté rencontrée est liée à la question de l'utilisation de PF. Pour certains informateurs, la question touche à leur intimité et qu'on ne peut confier à n'importe qui. Certaines femmes utilisatrices des moyens contraceptifs n'en parlent pas souvent. Il a fallu repositionner la question, c'est-à-dire demander si elles connaissaient par exemple d'autres personnes utilisatrices des contraceptifs.

La deuxième difficulté est liée à la collecte des données quantitatives (par rapport au nombre de femmes utilisatrices) dans les centres de santé. Seulement les données de deux années sont récupérées à la maternité centrale parce qu'après chaque tracé de graphique, la nouvelle fiche est collée sur l'ancienne au tableau d'affichage.

En effet, les anciens locaux de la maternité sont dans un état avancé de dégradation. La maternité est délocalisée dans l'enceinte de l'ancienne mairie. Les archives au niveau de l'ancienne maternité ne sont pas disponibles du fait des dégâts de la dernière pluie avant le déménagement. Par contre, dans les centres privés, les responsables ont jugé bon de ne pas fournir les données du fait que le nombre des utilisatrices est insignifiant même durant toute une année.

Enfin, il faut rappeler que certains acteurs étaient hostiles à l'enregistreur et ont refusé que leur voix soit enregistrée. Cependant les différents matériaux qui sont obtenus avec les outils de recherche sont exposés dans les chapitres consacrés aux résultats.

## **2.2- Cadre de la recherche : contexte d'émergence des services de planification familiale a Comé**

Toute recherche se déroule sur un sujet précis et se réalise dans un cadre géographique bien défini. A cet effet, la ville de Comé a été retenue. Ce chapitre présente le cadre de recherche, les différents groupes socioculturels recensés et leur mode de régulation des naissances. Alors quels est l'historique de Comé, ces différents peuples et les activités socio-économiques qu'ils pratiquent?

### **2.2.1- Histoire et peuplement de Comé**

L'origine du toponyme Comé a deux versions. Avant l'arrivée des waci sur les terres de Comé, l'espace était occupé par les « *yayou-pédah* » et les « *aïzo* ». Ces populations vivaient dans des brousses de roseaux qui sont appelés « *éko* ». D'où le nom de « *ékomè* ». Ce qui a donné le nom de la localité **Comé**. Trois grands groupes ethniques existent : les *Xwéla*, les *Waci* et les *Sawxè*. Les premiers à y être installés sont les *Xwéla*, qui ont adopté la langue *Waci* au point d'être aujourd'hui confondus à ce second groupe. Les *Sawxè* fuyant l'armée de Béhanzin, sont venus d'Allada en passant par le fleuve Couffo.

La population de l'Arrondissement de Comé est passée de 19 054 habitants à 29 069 habitants en 2002 (RGPH3) puis à 43 258 habitants (RGPH4) en 2013. Les trois quarts de cette population sont installés dans la zone urbaine, notamment la ville de Comé. Le reste de la population se retrouve dans les périphéries : deux-kilos, Honvê-Comé, Gadamé et Soukpotomè.

A l'échelle familiale, l'homme reste le chef de ménage. La femme apporte une contribution économique au foyer, mais ne dispose que de très peu de pouvoir de décision. Le boulet socioculturel n'autorise toujours pas encore la femme à discuter avec son conjoint de sa sexualité et de sa vie reproductive, en particulier de la planification des naissances (Houinsa, 2008). Mais certaines femmes ayant compris ces avantages, le font à l'insu de leurs maris.

La femme joue également un rôle capital dans les tâches de production et s'adonne aux travaux champêtres, au petit commerce et à la transformation agroalimentaire (PDC, 2004).

### **2.2.2- Situation géographique**

La Commune de Comé est située dans le département du Mono, à une soixantaine de kilomètres de Cotonou, la capitale économique du Bénin. Elle est limitée au Nord par la Commune de Bopa, au Nord-ouest par les Communes de Houeyogbé et Kpomassè, à l'Est par le lac Ahémé et au sud par le canal Aho. La commune de Comé fait partie de la zone interlacustre composée des communes de Bopa, Grand-Popo, Kpomassè. (PDC, 2004). Cette zone est caractérisée par une population dominée par les xwéla et les waci vivant essentiellement de la pêche et d'une agriculture de subsistance. La Commune de Comé compte cinq arrondissements que sont : Comè, Agatogbo, Akodéha, Ouèdèmè-Pédah et Oumako. Chef-lieu de la commune de Comé, la ville de Comé est située dans l'Arrondissement de Comé. Elle est divisée en 11 quartiers. Plusieurs de ces quartiers abritent des structures sanitaires (publiques ou privées) offrant des services de planification familiale.

### **2.2.3- Les activités socio-économiques**

Les activités économiques sont l'ensemble des activités menées par les populations pour satisfaire les besoins sociaux et financiers.

Ainsi, les principales activités pratiquées à Comé sont basées sur l'agriculture, l'élevage, le commerce, l'exploitation et la commercialisation du bois de feu, l'artisanat, le transport et la transformation des produits agricoles. L'agriculture représente la principale activité de revenus. Les principales cultures de la commune sont vivrières : le maïs, l'arachide, le manioc et le niébé. Ces différents produits sont écoulés dans le marché de Comé qui s'anime tous les cinq jours et est accessible à toute la population de la Commune, aux commerçants d'autres communes telles que celles de Dogbo, d'Athiémé, de Ouidah, etc.

Ce marché est également ouvert aux commerçants qui viennent du Togo (Lomé, Anécho). De nombreuses femmes sont dans les activités de vente de produits transformés. Il s'agit notamment d'*Ablo* (fabriqué à base de maïs et légèrement sucré), les poissons fris et *Akpèssè* (viande d'agouti frite accompagnée de friture de tomate). Mais suite à l'épidémie du virus ébola dans certains Etats africains en 2014, la consommation des viandes de brousse a été formellement interdite. Les vendeuses d'akpèssè ne pouvant plus mener des activités économiques, ont trouvé une autre matière première : les escargots. Désormais la production des escargots et leur transformation font partie des activités économiques à Comé. La manière dont se pratique cette activité de vente surtout au niveau de la gare routière contraint les femmes à être en bonne santé, particulièrement, elles doivent jouir d'une parfaite santé de reproduction d'où la question de l'espacement des naissances. Alors qu'en est-il des services de l'offre de planification familiale ?

#### **2.2.4- Services de santé et de planification familiale à Comé**

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois différents niveaux : central ou national, intermédiaire ou départemental et périphérique (EDSB IV : 2012). En plus des

structures publiques, le Bénin compte un nombre important de structures privées et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

La commune fait partie de la zone sanitaire CGBH (Comé Grand-popo Bopa Houéyogbé), composée des communes de Comé, Grand-Popo, Bopa et Houéyogbé. Elle est un réseau de services publics de premier contact et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital public de première référence (hôpital de zone) et destiné à desservir une aire de 100.000 à 200.000 habitants. De plus, il y a les dispensaires, les centres de santé communaux, les maternités et les centres communautaires de santé pour couvrir les besoins en soins des populations. A tous ces niveaux, existent les services de PF qui offrent les produits dont ils disposent. Autrement, à chaque niveau de la pyramide sanitaire, correspond une gamme de produits contraceptifs. Quels sont alors les différents produits contraceptifs dans les structures sanitaires de Comé ?

#### **2.2.5- Offre des méthodes d'espacement des naissances**

Les services de contraception font partie de l'intervention, qui est une attribution du niveau périphérique selon la pyramide sanitaire au Bénin. Selon les données du service statistique du centre communal de santé, les cibles attendues en PF sont 4214 par année. Ce qui est réalisé concerne 311 femmes soit 07,38% pour l'année 2003 (PDC, 2004). Cependant les services de PF sont disponibles dans toutes les maternités de la commune et dans les anciennes unités villageoises de santé. Dans les centres de santé de Comé, plusieurs formes de contraceptions sont disponibles. La maternité centrale de Comé et les produits contraceptifs qui y sont disponibles sont sur les images qui vont suivre.



**Photo 1 :** Maternité centrale de Comé

**Source :** Cliché ALIHONOU, Comé, novembre 2015



**Photo 2 :** les contraceptifs disponible

**Source :** Source : Cliché ALIHONOU, Comé, novembre 2015

Les différents contraceptifs sur cette photo 2 sont les échantillons des produits disponibles à la maternité centrale de Comé. De la gauche vers la droite (sur l'image), il s'agit des pilules, du jadelle (dispositif intra-utérin : DIU), des injectables, des préservatifs masculin et féminin, et du collier de cycle. Mais au niveau des cabinets de soins privés de la ville seul le noristerat c'est-à-dire l'injectable est disponible. Ces cabinets enregistrent parfois des moments de rupture et réfèrent les éventuelles patientes acheter les produits à la pharmacie.

Outre ces méthodes qui sont médicalisées, il existe des méthodes endogènes dont font usages les femmes.

### **2.2.6- Méthodes endogènes d'espacement des naissances**

Les sociétés avaient déjà perçu l'intérêt de gérer les capacités reproductives des femmes et elles avaient apporté une réponse à ce problème par une organisation sociale efficace. L'allaitement maternel prolongé avec abstinence était moralement obligatoire et se fait pendant au moins deux ans, entraînant un allongement de l'intervalle intergénéral. La polygamie avait « également cette fonction puisqu'elle visait à faire supporter la tâche fondamentale de la reproduction par le plus grand nombre de femmes ». Selon le vieux A. M., « *dans l'ancien temps, les hommes avaient au moins deux femmes. Cette pratique permettait d'espacer les naissances d'au moins deux ans et parfois plus* » (données de terrain, novembre 2015)

Cela permettait à la femme de s'occuper de son nouveau-né jusqu'à ce que l'enfant commence par marcher. Cette méthode de nos jours a ses limites en ce sens que la femme reste sexuellement inactive pendant au moins deux ans. Aussi, les femmes n'ont-elles plus cette facilité de quitter le foyer conjugal pour retourner dans leur foyer d'origine. En plus de cette pratique, l'informateur renchérit,

« *il y a la préparation des bagues que seule la femme peut porter au doigt pendant la période au cours de laquelle elle ne veut pas concevoir. Cette bague peut être achetée et apportée, ou elle peut être directement commandée* » (données de terrain, novembre 2015)

La préparation de cette bague relève du domaine spirituel et se fait sous un papayer qui, par la suite, ne donne plus de fruits puis meurt. Ce qui confère à la bague le pouvoir contraceptif et empêche également la femme de concevoir. L'utilisation d'un mélange avec des feuilles "*hlinvi*" ou *phyllanthus amer*

(phyllanthus amarus) et de la boisson locale sodabi sert également de contraceptif pour certaines femmes à Comé. En dehors des tradithérapeutes qui offrent les bagues, les vendeurs des médicaments illicites proposent aussi d'autres variétés de contraceptifs aux femmes.

### **2.2.7- Méthodes modernes d'espacement des naissances chez les vendeurs de médicaments de rue**

Sur le marché informel, plusieurs femmes s'approvisionnent en produits contraceptifs. Selon madame M. R., « *les produits sont accessibles à tout moment et sans éveiller le soupçon. Les femmes viennent s'approvisionner comme pour n'importe quel autre médicament* » (données de terrain, novembre 2015).

L'informatrice est une vendeuse de médicaments en gros et en détail, qui fait circuler ces produits à la maison les jours ordinaires et au marché, les jours du marché. Selon Kpatchavi (2015), « le médicament est un produit qui est vendu comme le pétrole, le charbon, les fagots de bois, les condiments, les denrées alimentaires, la cigarette, les bonbons, les cartes de recharge téléphonique, etc. ». (2015 : 48). Les contraceptifs dans ce secteur sont disponibles comme n'importe quel autre produit. Les femmes n'ont pas besoin de subir un interrogatoire avant d'être servies. Alors qu'au centre de santé, il faut fournir des renseignements comme le nombre d'enfants, la date des dernières menstrues, etc. Il faut aussi préciser que ces contraceptifs coûtent deux cents et quatre-cents francs.

En plus de ces contraceptifs du marché informel, certaines femmes ont confié avoir choisi comme contraceptif de l'aspirine ou du sédaspir.



**Photo 3** : variété de contraceptif disponible sur le marché informel à Comé  
**Source** : Cliché ALIHONOU, Comé, 2015.

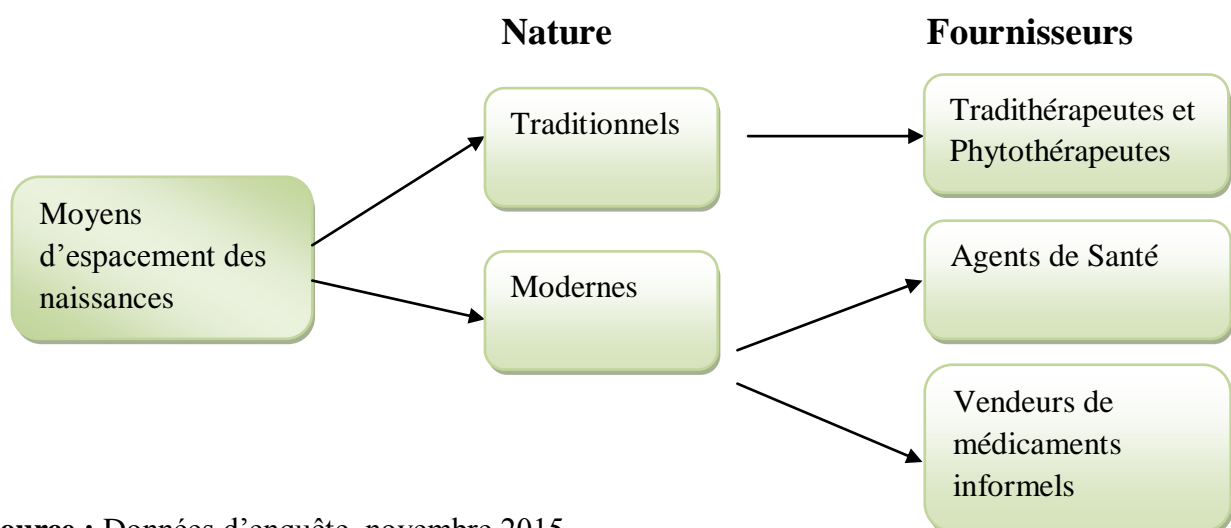
Ces comprimés sont des pilules que les femmes achètent sur le marché informel. Elles sont prises de façon journalière et contribuent à empêcher la grossesse. La boîte de trente comprimés coûte deux cent francs CFA comme les contraceptifs oraux vendus dans les services de PF. Dans ce cas précis, la quête d'une réponse de proximité (Kpatchavi, 2015 : 49) et d'autres considérations personnelles motivent les femmes à ne pas s'approvisionner dans les centres formels de PF. En dehors des pilules ordinaires, prises de façon journalière, il existe également les contraceptifs d'urgence ou la pilule de lendemain, présentés sur l'image qui suit.



**Photo 4** : contraceptif d'urgence disponible sur le marché informel à Comé  
**Source** : Cliché ALIHONOU, Comé, novembre 2015.

Selon la vendeuse, les contraceptifs sur cette photo sont appelés "*avant et après*" à cause de son effet abortif. Ces comprimés ne sont pas pris de façon journalière mais avant ou après l'acte sexuel à risque d'éventuelle grossesse. Donc c'est un contraceptif d'urgence. La boîte se vend à cinq cent francs CFA. Par contre les contraceptifs d'urgence dans les pharmacies s'achètent à plus de trois milles cinq-cents francs selon les pharmacies. Dans ce cas précis, le premier critère de choix est l'accessibilité financière, ensuite d'autres considérations personnelles. Pour conclure ce chapitre, il est aisé de dire que les moyens d'espacement des naissances ou de limitations des naissances à Comé, sont divers et proviennent de différentes sources. Ce qui est succinctement résumé sur le schéma suivant.

**Schéma 1 : Moyens contraceptifs, leur nature et leur fournisseur**



**Source :** Données d'enquête, novembre 2015

Suite aux informations du schéma, les contraceptifs sont approvisionnés par trois différents secteurs. Il y a d'abord le secteur de la phytothérapie ou de la tradithérapie.

Ce domaine est animé par les tradithérapeutes ou les chercheurs en pharmacopée et contribue au bien-être de la population. *Malgré l'existence des centres de santé et la profusion des médicaments du "marché libre", la croyance en la vertu des plantes ou la pharmacologie populaire est encore très ancrée au niveau de l'imaginaire populaire* (Kpatchavi, 2011 : 91). Pour preuve à Comé, certaines femmes utilisent les feuilles "*hlinvi*" ou phyllanthus amer (phyllanthus amarus) comme des contraceptifs. Il y a ensuite le secteur formel qui est géré par les agents de santé du public et du privé. Ce secteur fournit les contraceptifs qui sont prescrits et/ou vendus dans les services de PF. Enfin, il y a le secteur informel qui est géré par les vendeurs des médicaments du "marché libre". Les contraceptifs sont modernes et y sont vendus sans une consultation et sans ordonnance.

Enfin, les différents matériaux obtenus dans le cadre de cette recherche sont présentés en deux chapitres dans la deuxième partie.

**DEUXIEME PARTIE :  
PRESENTATION ET  
INTERPRETATION DES DONNEES**

## **CHAPITRE III : DIFFERENTS PROPOS AUTOUR DES METHODES MODERNES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES**

Ce chapitre présente les opinions des personnes rencontrées sur les méthodes d'espacement des naissances à Comé et les autres facteurs connexes qui influencent leur pratique. Il s'agit entre autres des perceptions des hommes, des femmes et des agents de santé. Pour certains, ces méthodes modernes d'espacement des naissances constituent des sources de maladies pour les femmes pratiquantes. Mais pour d'autres, elles permettent de planifier la vie familiale et d'assurer le bien-être à tous les membres de la famille à commencer par la femme.

### **3.1- Opinions des hommes autour des méthodes modernes de la planification des naissances**

L'utilisation des nouvelles méthodes d'espacement des naissances dans un milieu donné, dépend fortement des compréhensions des personnes. Les acteurs rencontrés à Comé ont plusieurs connaissances des méthodes modernes d'espacement. La problématique de la fécondité est celle des hommes et des femmes. La gestion sociale de la reproduction dépend des rapports entre les hommes et les femmes.

Les discours sur les méthodes d'espacement des naissances diffèrent d'un acteur à un autre. A travers les propos de ces derniers, les hommes paraissent plus réticents que les femmes. Néanmoins, certains sont moins rigides et accompagnent leurs femmes dans l'aventure contraceptive. Pour tout le monde, il est très important de planifier les naissances. Ce qui pose véritablement de problème, c'est la nature de la méthode choisie. Pour les acteurs, il est très important de planifier les naissances, donc de les espacer.

L'usage des contraceptifs donne lieu parfois à des réactions physiologiques. Pour T. V., *les femmes qui utilisent les produits de PF, finissent par grossir ou avoir d'autres problèmes de santé* (données de terrain, novembre 2015).

Cet informateur parle des effets secondaires de certains des contraceptifs. En réalité, la prise ou la perte du poids est la conséquence directe de l'utilisation de plusieurs types de contraceptifs que les agents de santé font connaître avant toute utilisation. Cela fait partie de la séance de counseling. Selon cet informateur, « *la pratique contraceptive doit être suscitée par la femme qui tombe très souvent enceinte. Sinon cela expose les hommes car les femmes peuvent ne plus être fidèles* » (données de terrain, novembre 2015).

Ces propos mettent en exergue le lien que certains hommes font entre la pratique contraceptive et l'infidélité de la femme dans le couple. Cela souligne aussi le fait que les hommes perdent le contrôle de la sexualité des femmes. Selon certaines coutumes, la femme mariée passe d'un état de large liberté à un état de total contrôle sexuel. Dans ce cas, « *l'adultère est reconnu en tant que désordre social et atteinte à la propriété, la femme apparaissant en la circonstance à la fois volée et voleuse* » (Balandier, 1984 : 17). La sexualité ayant une fonction reproductive, la pratique contraceptive empêche cette fonction.

Allant dans le même sens, monsieur A. Y. dit : *les utilisatrices de ces méthodes sont traitées comme les prostituées. Car certaines femmes font le planning pour tromper leurs maris* (données de terrain, novembre 2015).

Ces propos attestent que certains hommes s'opposent à la pratique contraceptive dans l'intention de protéger leur couple contre la liberté qu'offrent les contraceptifs en empêchant les grossesses.

Cet informateur est père de trois enfants et sa femme est utilisatrice de contraception moderne. Il a confié ce qui suit :

*« je ne peux pas dire à mes amis que ma femme fait de planning. Je peux parler des autres mais je ne peux pas parler de ma femme. C'est comme si j'expose ma vie de couple »* (données de terrain, novembre 2015).

Selon les propos de cet informateur, les hommes qui autorisent leurs femmes à pratiquer la contraception, souhaitent garder le fait secret. Cela relève d'abord de leur intimité et surtout parce que les utilisatrices sont parfois comparées aux prostituées. Ces idées émergent du fait que la femme peut mener une vie sexuelle active sans procréer. La femme est alors en mesure de décider de quand tomber enceinte avec ou sans l'accord du conjoint.

Il poursuit en ces termes :

*« ce n'est pas bon que la femme accouche chaque lundi, chaque mardi, chaque mercredi et vu ma situation, je ne peux pas faire plus d'enfants. Ce qui m'oblige à laisser ma femme pratiquer la contraception »* (données de terrain, novembre 2015).

De ce qui précède, il en sort que certains hommes n'ont pas d'autres choix que d'autoriser leurs femmes à utiliser les contraceptifs. Généralement, ces couples ont des revenus moyens et le nombre d'enfants voulu. Dans ce cas, malgré ce doute (rumeur selon laquelle la contraception occasionne l'infidélité), ils s'y adonnent. Pour Safar (2013), l'idéal de la famille restreinte et d'une fécondité contrôlée signale d'importantes transformations des relations familiales et des rôles conjugaux, modifiant en particulier les notions de masculinité et de féminité.

Certes, les sociétés évoluent avec leurs composantes que sont les valeurs, normes et coutumes. Cela paraît inquiétant que certains hommes s'opposent à l'usage de la contraception à cause de l'infidélité des femmes. Puisque la femme mariée n'a plus le statut de femme libre et que toute forme de transgression

l'expose à des sanctions sociales et culturelles. Ces sanctions ont-elles évolué avec le temps ?

Pour un autre informateur, la facilité qu'ont les femmes à pratiquer la contraception met en danger leurs relations de couples. Il raconte :

*« Ça s'est passé avec un frère. Sa femme ne lui a rien dit et elle est partie faire la piqûre. Mon frère voulait encore des enfants et il a tout fait mais rien. Il a amené sa femme au centre de santé. On lui a dit qu'elle a fait planning et d'attendre deux ans. Mais après les deux ans, la femme n'a plus fait d'enfants. Si le produit pour empêcher la grossesse est abondant dans le sang, la femme ne peut plus faire d'autres enfants. Il pense maintenant que sa femme entretient de relations intimes avec un autre homme » (S. P.).*

Ce qu'on retient de ces propos est l'amertume de certains hommes à découvrir que leurs femmes ont mis fin à la procréation sans leurs avis et consentement. Ce qui pose le problème de la communication au sein des couples. De la femme ou de l'homme, qui doit décider ou négocier du nombre d'enfants, du bon moment pour le faire. Ceci interpelle également les agents de santé dans le cas où, les femmes viennent dans leur centre. Selon Locoh, « quand on parle de fécondité, la question de l'autonomie des choix individuels se pose non seulement entre anciens et cadets mais aussi et surtout entre hommes et femmes ». Pour d'autres hommes, la pratique contraceptive sur une longue durée provoque des malaises et peut même rendre stériles les femmes. Voici les propos d'un informateur :

*« Quand une femme fait la piqûre pendant plusieurs années, la piqûre modifie le sang de la femme. Cela détruit ce qui devait permettre à la femme de faire des enfants. Ce qui fait que quand elle arrête de faire la piqûre même des années après, elle ne fait plus d'enfants. Cette piqûre est pour les femmes qui ne veulent plus faire d'enfants » (S. P.).*

Ces propos posent un problème qui peut être vu sous trois aspects : la pratique contraceptive à l'insu de l'homme, le non-retour immédiat de la fécondité et le lien entre utilisation de la contraception et la dépravation ou le vice. Pour le second aspect dans l'explication de la sage-femme, il s'agit le plus souvent des cas d'impatience. Il faut néanmoins préciser qu'un certain nombre d'hommes ne trouve aucun inconvénient à la pratique contraceptive de leurs femmes et les encourage à le faire. Alors que pensent les femmes de l'usage de la contraception ?

### **3.2- Appréciation des Femmes**

Dans la pratique contraceptive, chaque utilisatrice a un parcours particulier. Le parcours peut être ordinaire, sans les malaises, la prise de poids, la perte de poids ou encore l'échec. Pour Coulibaly, « *l'entrée dans la contraception et les carrières contraceptives répétées représentent le cadre de ce que peut appeler « l'expérience contraceptive » des individus* » (2012 : 120). Ainsi certaines femmes commencent-elles l'expérience contraceptive avec ou non l'adhésion des maris, d'autres ayant suivi la gratuité ou ayant été influencé par les agents de santé. Dans ce cas, les méthodes d'espacement des naissances sont appréciées suite à l'expérience contraceptive de chaque femme ou mieux de chaque couple. Pour certaines femmes, c'est le fait d'avoir fait des naissances rapprochées.

Voici les propos d'une femme ayant fait des naissances rapprochées et ayant reçu l'adhésion du mari.

*« Quand je tombe enceinte, je suis malade jusqu'à l'accouchement. Mon premier garçon n'était pas âgé. Il avait un an trois mois quand j'étais tombée enceinte. C'était difficile pour moi et pour mon mari aussi. Comme l'autre était trop jeune et j'ai eu le second, je me suis dit qu'est-ce qu'il faut faire ? Trois mois après l'accouchement je suis allée au centre de santé et ils m'ont proposé des plannings. Après les propositions, j'ai choisi pour cinq ans. Je leur ai demandé si après deux ans et je veux faire*

*d'enfant si je peux enlever, on m'a dit oui qu'il n'y a pas de problème. Comme mon mari n'a pas encore une bonne situation, je ne sais quand l'enlever mais je ferai d'autres enfants. Au moment venu, je vais l'enlever »* (madame A. B., Comé, novembre 2015).

Les propos de cette informatrice ressemblent à ceux de la majorité des femmes qui ont vécu des naissances rapprochées. Cette expérience parfois pénible suscite l'usage de la contraception chez bon nombre de femmes. Selon Coulibaly (2009 : 120), la pratique contraceptive répond à deux « attentes culturelles » majeures : l'évitement de la maternité célibataire et l'évitement du rapprochement des naissances. Ce qui confirme le cas de cette informatrice.

Les deux enfants de madame A. B. ont respectivement cinq et trois ans et vont à l'école. Elle n'était ni grosse, ni maigre, donc elle n'a pas signalé d'éventuels effets secondaires. Elle ajoute : *« comme ça se passe bien, je vais l'enlever mais je ne sais quand le faire. Avant, j'étais dans l'ignorance. Mais maintenant, j'ai compris les choses »* (Comé, novembre 2015). L'ignorance dont elle parle est le fait d'avoir eu deux grossesses rapprochées. La contraception permet aussi aux femmes de retarder la maternité, d'espacer les grossesses et de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA (Ransom et Yinger, 2002). Dans cette même logique, les agents de santé conseillent d'espacer les grossesses de deux ans au moins.

C'est le récit d'une femme qui, pour le moment, a un parcours contraceptif apprécié c'est-à-dire depuis qu'elle a commencé, aucun malaise n'a été signalé. Par contre, certaines utilisatrices essayent deux ou trois différents produits avant de trouver satisfaction. Pour madame A. B., le discours est tout simple. *« J'apprends que ça ne marche pas pour d'autres femmes. C'est peut-être à cause de leur sang. Leur sang n'apprécie pas ce produit. Elles peuvent repartir et choisir d'autres »* (Comé, novembre 2015). Ce récit soulève le problème des effets secondaires liés à l'usage des contraceptifs. En réalité, la plupart des

utilisatrices sont le plus souvent confrontées à ces effets désagréables et finissent par abandonner.

Une autre utilisatrice de méthode contraceptive a eu le même parcours sans difficultés jusqu'au moment où elle a succombé à la tentation de "enufata" : (chose gratuite). Son récit relaté dans l'encadré qui suit.

**Encadré I :** Utilisation simultanée de deux contraceptifs

*Après la naissance de ma fille ainée, je suis tombée enceinte sans même avoir eu le retour des règles. Avant le troisième enfant j'ai fait la piqûre de trois mois. Et quand j'ai arrêté je suis tombée de nouveau enceinte. A sa naissance, j'ai encore continué avec la piqûre. Il y a plus d'un an, les agents de santé sont venus pour faire la piqûre qu'on met dans le bras sans prendre de l'argent. J'ai pensé à ce que je dépense tous les trois mois et cette piqûre que je peux faire pour une longue durée gratuitement. Après hésitation je suis partie sans rien dire à mon mari. Arrivée sur les lieux, on m'a anesthésié la partie et on m'a placé ça. Quelques semaines après, j'ai commencé par me sentir bizarre. J'ai les maux de tête tout le temps. J'ai la fatigue tout le temps. Je suis partie à la pharmacie j'ai acheté de calcium et j'ai fini la boîte sans effet. J'ai compris que je me suis attirée des ennuis car j'avais fait la piqûre de trois mois et ça n'avait pas fini de travailler. E nu fata éyéja hu (c'est la gratuité qui va me tuer). Je suis repartie à l'hôpital pour retirer ça. Du retour à la maison, il fallait cacher la plaie à mon mari car finalement ça a donné de plaie. Il fallait aussi éviter que l'eau y touche pendant quelques jours. C'était affreux. Maintenant je ne veux plus rien faire. Si la grossesse vient je vais accoucher, mon enfant est déjà grand.*

Source : Madame D. T. Comé le 16 novembre 2015, donnée du terrain

Cet encadré informe sur comment les femmes sont embarquées dans la carrière contraceptive. Ceci révèle également la qualité des services de PF. Normalement, une séance de counseling est prévue avant de servir les femmes désireuses. Mais dans ce cas précis, la femme n'a pas été entendue sur une éventuelle utilisation précédente de contraceptifs. Ce qui a conduit à un surdosage et mis sa vie en danger.

Une autre informatrice de cinquante ans raconte un vécu contraceptif carrément différent, voici donc son récit.

**Encadré II :** Propos d'une femme ayant eu de complication après l'usage de contraceptif

*Moi j'avais fait de planning mais ça m'a donné de réaction. Si je n'avais pas informé mon mari, je ne pourrai pas avoir mon dernier enfant qui a vingt ans aujourd'hui. Mon garçon avait six moi quand j'ai fait le planning. J'ai fait le stérilet. J'avais pris du poids et j'avais des douleurs dans le corps. Mes menstrues ne coulaient plus correctement. C'était comme si on avait attaché mon utérus. Au cours de l'acte sexuel, c'était plus comme avant mais j'ai voulu garder ça jusqu'à ce que mon enfant ait trois ans. Et après trois ans quand j'ai voulu tomber enceinte. Après le rapport avec mon mari, l'eau ne reste plus. Ça coule seulement. Jusqu'à mon enfant a eu cinq ans mais rien. Comme mon mari était au courant il m'a demandée si ce n'était à cause de ce qu'on avait fait. Après discussion, nous sommes répartis et on nous a dit que c'était le produit. On m'a fait de lavage et après je suis tombée enceinte. Mais après je n'ai plus rien fait. L'enfant avait cinq quand mon mari est décédé.*

Source : Madame S. J. Comé le 20 novembre 2015, donnée du terrain

La principale information de cet encadré porte sur la prise en charge des femmes après une complication liée à l'usage de contraceptifs. Les femmes souhaitent un accompagnement adéquat dans des cas de complication car le besoin de planifier les naissances existe et est exprimé. Cela fait partie évidemment des droits sexuels.

Les droits sexuels et reproductifs permettent aux femmes de jouir d'une parfaite santé de reproduction, donc de pratiquer la contraception. Il s'agit notamment du droit de disposer de leur corps, avoir ou non des enfants, de choisir le nombre de leurs enfants et l'espacement entre les naissances (Médecins du Monde : 2016). L'application de ces textes et l'exercice des droits sexuels et reproductifs restent fortement contextualisés.

L'utilisation prolongée des méthodes d'espacement des naissances est déterminée par le parcours de chacune des femmes ayant fait l'essai ou le test. *Car il faut le préciser, l'initiation à la contraception se présente souvent comme un « essai », un « test » et le choix de l'utilisateur ne se construit durablement que si le corps hôte assimile bien le contraceptif* (Coulibaly, 2012 : 120). Les femmes qui pratiquent la contraception sur des années sont alors celles dont les réactions physiologiques sont supportables ou n'existent pas.

Ces réactions physiologiques empêchent d'autres femmes d'adopter les méthodes modernes d'espacement des naissances. Pour madame D.A. âgée de trente ans et mère de deux enfants, la pratique contraceptive cause beaucoup d'autres problèmes à l'organisme de la femme.

*« Moi il me plaît de faire la piqûre mais j'ai appris que les produits donnent d'autres maladies. Les femmes ne font plus d'enfants. La piqûre rend l'utérus très épais. Mais il y a d'autres, même quand elles ont le produit, elles tombent encore enceinte. Dans ce cas, elles vont chez l'agent de santé pour retirer la piqûre ».*

Des propos de madame D. A., on peut comprendre l'influence des rumeurs sur l'usage des contraceptifs. Chez bon nombre de femmes, le souhait de recourir à des méthodes existe mais la décision de recours à la contraception ne se construit pas de façon libre. Pour Jaffré, le choix est individuel, mais il ne s'agit pas, bien évidemment, que de for intérieur et d'une décision solitaire. L'environnement social des femmes détermine la pratique ou non de la contraception.

Par rapport à l'influence des rumeurs, certaines personnes évoquent l'effet néfaste des contraceptifs sur une très longue durée.

Une autre informatrice mère de cinq enfants, pense que les méthodes de longue durée modifient avec le temps l'organisme de la femme.

*« Avant il y avait de planning. Les agents de santé proposaient les piqûres de deux ou trois mois. Mais maintenant, il y a la piqûre qu'on fait sous le bras. Cela dure quatre ans ou cinq ans. Cette piqûre donne de maladies à certaines femmes. Il y a d'autres*

*qui ont des grossesses hors de l'utérus, dans la chair » (C. A. Comé, novembre 2015).*

Ces propos ne sont pas fondés et relèvent en partie des confusions que certaines personnes ont sur les contraceptifs. Ces différentes formes de rumeurs favorisent de mauvaises attitudes au sein des populations. Selon Taeib (2001), les rumeurs sont une remarquable photographie de l'état des croyances collectives et des représentations sociales, qu'elles expriment et transmettent. En ce sens qu'elles pèsent sur le contexte social surtout sur les pratiques qui sont socialement soutenues.

Quels sont les avis des agents du Centre de Promotion Sociale et du Centre de Santé de Comé sur la question?

### **3.3- Avis des agents CPS**

Le Centre de Promotion Social (CPS) est une structure décentralisée du Ministère de la famille qui accompagne les familles démunies. Elle offre certains services sociaux comme le paiement des frais de scolarité, l'achat des fournitures scolaires ou encore le don de vivres. Elle oriente dans certains cas, les femmes vers les services de PF. Voici les propos des agents du CPS :

*En fait, par rapport à la planification familiale, il faut dire que c'est un des aspects des accompagnements qu'on fait aux usagers du centre. Cela nous tient beaucoup à cœur parce que nous avons affaire avec des familles vulnérables. Donc les mesures susceptibles de permettre de contrôler les naissances sont souvent indiquées pour permettre à ces familles qui, parfois, malgré elles, se retrouvent avec beaucoup d'enfants. Quand on explique et on voit que le problème est pertinent, on insiste pour demander d'aller voir un agent de santé pour pouvoir choisir sa méthode (B.C., Comé, novembre 2015).*

Ces propos soulignent que la question de l'espacement des naissances par la contraception ne relève pas que du domaine de la santé. Le ministère de la famille à travers ses structures décentralisées contribuent à faire connaître ces

produits et organise avec la collaboration des agents de santé les séances de sensibilisation sur le sujet. Néanmoins, le nombre de femmes à Comé qui s'y intéressent, demeure toujours faible. Cela est dû, entre autre, à la manière dont certaines femmes sont prises en charge selon madame C. A., un autre agent. Elle raconte :

*Normalement, avant qu'une femme n'adopte une méthode, il faut vraiment une analyse préalable. Parce que vous voyez, si on prend une même méthode, deux femmes différentes vont adopter la même méthode mais une aura de problème et l'autre pas. Pourquoi ? Parce que son organisme n'est pas adapté à cette méthode-là. Moi je pense que c'est ça qui fait sortir les rumeurs. C'est quand la méthode n'est pas adaptée que l'organisme fait ça. Je crois que c'est notre sous-développement qui est la base de cela. Les agents de santé n'ont pas souvent tout le plateau technique nécessaire (madame C. A., Comé, novembre 2015).*

D'après ces deux récits, les méthodes d'espacement des naissances viennent résoudre un problème crucial de la société mais les conditions d'adoption de ces méthodes ne rassurent pas souvent les femmes. Les services de santé en matière de reproduction font en partie ce qui relève de leur compétence.

*Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine (Family Care International, 2005). Ainsi dit, les agents de santé, en plus d'offrir les différents services, sont tenus de suivre les femmes dans les cas de complication. Alors, qu'offrent les agents des services de santé en matière de reproduction de Comé à leurs usagers ?*

#### **4.5 Offre de la contraception médicalisée**

Pour les agents de santé, l'espacement des naissances joue beaucoup de rôles. La contraception permet de plus en plus de dissocier la sexualité et la fécondité. Les femmes peuvent avoir des rapports sans peur de tomber enceinte. Mais cette

pratique suscite beaucoup d'autres problèmes. Il s'agit de la prise et de la perte du poids chez certaines femmes, des malaises et surtout le non-retour immédiat de la fécondité. Voici les propos d'une sage-femme:

*Après usage de la contraception, quand les femmes ont le désir d'enfant, elles viennent on retire le produit. On leur explique que ça peut faire un tel nombre de mois et que ça dépend de l'organisme de chacun. Celles qui reviennent sont souvent des gens qui sont pressées, sinon on les voit avec la grossesse. Mais souvent ça ne dure pas trop (K. E., Comé, novembre 2015)*

De ces propos, on retient clairement que dans la plupart des cas, l'usage de la contraception se passe sans d'autres difficultés. Les femmes qui arrêtent l'utilisation des contraceptifs, avec un peu de patience, retrouvent la fécondité. Outre les cas d'impatience, l'agent de santé a reconnu qu'il y a des patientes qui ne retrouvent pas leur fécondité même des mois après le retrait du contraceptif. Voici ces propos :

*« Il y a d'autres femmes chez qui le retour de la fécondité dure plus longtemps. Dans ce cas, on les envoie chez le gynécologue. Mais pour des cas de non réversibilité, je n'en connais pas. Il peut avoir eu des infections. Par exemple les infections génitales peuvent être la cause d'une infertilité. Si la personne a fait une infection qui a pour conséquence l'obstruction des trompes, ce n'est pas la méthode qui a entraîné. Donc il y a de ces cas » (K. E., Comé, novembre 2015).*

De ces propos, la sage-femme rejette le fait que les contraceptifs occasionnent des complications jusqu'à l'infertilité. Mais quand elle parle des cas d'infection, il y a le DIU qui nécessite une hygiène particulière. Dans le cas où ce n'est pas respecté, la femme est exposée à une infection, d'où les non-dits de la contraception.

Il est à souligner que la pratique contraceptive n'est pas sans danger pour certaines femmes. Mais il est indispensable, pour réduire le nombre de complications, de mieux dépister les femmes qui ont des facteurs de risque particuliers. Le médecin doit rechercher les risques dans l'histoire familiale de la

patiente et ses antécédents personnels (Chayet, 2012). Ce qui renvoie au problème de sous-développement soulevé par l'agent du CPS précédemment.

C'est aux médecins de trouver la combinaison hormonale adaptée à chaque patiente. Avant de consulter, les jeunes femmes doivent se renseigner pour connaître les antécédents dans leur famille (Chayet, 2012).

Les contextes socio-sanitaires actuels ne permettent ni aux agents de santé, ni aux patientes de fournir des renseignements sur leurs antécédents, pourtant importants pour une bonne pratique contraceptive.

La pratique contraceptive rend certaines femmes confuses avec les cas de non-retour de fertilité et certains cas de l'échec de la contraception. Les promoteurs des services de PF reconnaissent une marge d'échec pour presque que tous les contraceptifs. « L'efficacité dépend de l'utilisatrice » (OMS, 2011).

Par rapport aux propos d'une informatrice sur les grossesses extra-utérines, la sage-femme explique :

### **Encadré III :** Propos d'un agent de santé essayant d'élucider une fausse rumeur

*L'injection c'est une hormone qui a une durée d'existence dans le corps de la femme. On attend un certain nombre de jours avant de faire une autre injection pour que l'organisme puisse finir le stock injecté. La preuve, quand il y a certaines femmes qui ratent leur rendez-vous et ont de relation sexuelle, elles tombent enceinte. Les gens ne comprennent pas. Les problèmes de trompes peuvent causer une grossesse extra-utérine. Au bout des trompes il y a quelque chose sous forme de doigts. Quand c'est trop large là-bas quand l'œuf vient ça peut tomber. Ou bien la trompe a eu de problème et c'est serré. Quand l'ovule vient attendre le spermatozoïde à sa place, après fécondation l'ovule n'arrive pas à traverser la trompe parce que la lumière est réduite. L'ovule fécondé n'arrivant pas à passer, reste là et commence son développement. Maintenant il y a encore d'autres phénomènes : les phénomènes de péristaltisme. Ça c'est dû aux hormones. Si ça ne fonctionnent pas correctement, les péristaltismes, c'est quand vous voyez à l'intérieur des trompes, il y a des villosités qui ont un sens de contraction. C'est pour propulser l'œuf fécondé dans l'utérus et ça ne se fait pas. Or c'est ça-là qui va permettre à l'œuf de progresser. S'il n'y a pas ce péristaltisme, l'œuf reste là pour se développer. Donc généralement, les infections et les troubles hormonaux peuvent être à la base des grossesses extra-utérines.*

**Source :** Madame K. E., Comé le 18 novembre 2015, donnée du terrain

Dans cet encadré, l'agent de santé donne une explication de la cause des grossesses extra-utérines selon la science. Selon ces dires, l'usage de la contraception n'occasionne pas ces cas de complication de grossesse. Mais dans les pensées populaires, cela peut-être provoqué par l'introduction des contraceptifs. Cependant comment se décide l'usage contraceptif au sein du couple ? Cette décision relève-t-elle de l'homme ou de la femme ?

### **3.4- Pratique contraceptive sans consentement du partenaire**

L'utilisation des méthodes d'espacement des naissances est d'abord un acte social qui implique l'approbation et le soutien du couple. En réalité, le mari est généralement le chef de famille et son opinion est prépondérante dans la

pratique contraceptive. Dans un tel contexte social, toute pratique contraceptive est approuvée et accordée par le mari. Cependant, les femmes ne sont pas des "êtres passifs" en matière de la gestion de la vie sexuelle et reproductive. Elles développent des micro-stratégies pour contourner les normes sociales (avoir l'accord du mari qui est le chef de famille pour décider du nombre d'enfants) et pour atteindre leur but (pratiquer la contraception à l'insu du mari).

En réalité, certaines femmes ont compris le bien fondé des méthodes d'espacement des naissances car ces méthodes favorisent de vivre la sexualité sans la peur de tomber enceinte. « *L'avènement de la contraception a enfin donné aux femmes un contrôle et un pouvoir sur leurs désirs de fertilité. Désormais, elles planifient les grossesses seules ou avec les pères dans un projet à deux* » (Glover-Bondeau, 2011). Dans ce cas, il y a certains hommes qui permettent aux femmes de pratiquer la contraception, mieux il y en a d'autres qui font la proposition ou exigent la pratique contraceptive à leurs femmes.

Certains hommes ont confié avoir demandé à leurs femmes de se mettre sous contraceptifs. C'est le cas de monsieur F.S.

« *Pour le quatrième geste, elle a subi la césarienne et après les agents de santé lui ont proposé de faire la contraception. Je lui en ai parlé et elle a refusé* » (Comé, novembre 2015).

De ces propos, l'on relève la position de certaines femmes par rapport à l'usage des contraceptifs. Les agents de santé ont fait cette proposition à l'intéressée suite à ces problèmes de santé maternelle. La vie de la femme est exposée dans le cas où aucune précaution n'est prise pour empêcher une nouvelle grossesse. Pour ce couple, l'homme a suivi le conseil des agents de santé pour faire la proposition à sa femme car elle a subi une intervention chirurgicale. La femme qui est la principale concernée a persuadé le mari, que ces produits ne sont pas bons.

Dans un autre cas, l'homme a proposé à sa femme de faire une consultation pour choisir un des produits contraceptifs. La femme qui est la personne directement concernée, une fois de plus, refuse aussi de se mettre sous contraceptifs de peur d'avoir d'autres problèmes de santé. Voici le récit de monsieur H. C. père de quatre enfants :

*« Vu ce qui se passe aujourd'hui avec l'éducation des enfants et le coût de la vie, j'ai proposé à ma femme de commencer le planning. Car je ne voulais plus d'autres enfants. Elle a refusé et cela est devenu source de mésentente dans le foyer. Pour m'avoir elle va tout raconter à ma maman. Elle aussi à son tour l'a soutenue. Je me suis tu mais je faisais attention pour ne pas l'enceinter. Maintenant elle pratique de force la contraception. Depuis le décès de ma maman je suis revenu sur le problème et elle a fait l'injection de huit semaines » (Comé, novembre 2015).*

Ces propos témoignent de ce que certains hommes sont imprégnés de l'utilité des méthodes d'espacement de naissances et de leur adhésion à sa pratique. D'où l'importance de l'implication des hommes dans la PF en tant que partenaires au sein du couple et dans la vie et en tant que bénéficiaires de services (Unfpa, 2012).

Néanmoins, certains maris refusent et affichent clairement leur opposition.

Certains hommes, après des discussions sur la pratique contraceptive, demeurent hostiles. Cette hostilité amène quelques femmes à développer des stratégies pour pratiquer la contraception. Selon Héritier (2002),

*Si la fécondité est le lieu central de la domination masculine, il s'ensuit que la prise par les femmes du contrôle de leur fécondité revient pour elles à sortir du lieu de la domination. Là est le levier d'un changement majeur pour l'humanité toute entière.*

En réalité, plusieurs femmes s'adonnent à la pratique contraceptive à l'insu de leurs maris. Les femmes ont le droit de jouir de leur santé reproductive. L'existence de ce droit permet aux agents de santé de mettre toute femme

désireuse de faire la PF de lui offrir le service. Mais cela n'est pas sans conséquence pour la femme et même pour l'agent de santé.

*« Dans le centre de santé, les femmes font plus les injections parce que c'est discret. J'ai reçu une femme comme ça qui n'a pas dit à son mari et a fait le jabelle. Le jour où le mari a su, c'est convocation sur convocation jusqu'à ce qu'on enlève le produit. L'homme a convoqué les parents de la dame.*

*Ces parents ont convoqué la dame. Ils ont envoyé la dame vers nous on a fait une première sensibilisation, ça n'a rien donné. Elle est revenue après pour qu'on enlève, Quand j'ai enlevé ça n'a pas fait un mois, elle est tombée enceinte. Après l'accouchement, elle est revenue pour remettre ça et j'ai dit tant que ton mari ne va pas être d'accord, je ne suis plus dedans oh » (K. E., agent de santé, responsable de la maternité).*

De ces dires, il est aisé de constater que les partenaires qui s'opposent à l'usage des contraceptifs sont prêts à tout pour faire passer leur décision. Cela expose également les agents de santé qui sont tenus de permettre aux femmes de jouir de leurs droits sexuels. Certes la femme a le droit de disposer de son corps mais dans un contexte où le mari est reconnu par la société comme le chef, c'est difficile à la femme de parvenir au bout de certaines de ces décisions. En plus de l'opposition du mari, un autre facteur influence fortement l'usage de contraceptif. Il s'agit du sexe des enfants dans le couple. Alors comment les couples parviennent-ils à mettre fin à la procréation avec ou sans les enfants des deux sexes ?

### **3.5- Logique de préférence d'un enfant de sexe masculin ou féminin**

La préférence pour le garçon ou pour la fille, explique parfois une descendance nombreuse. Un enfant de sexe masculin représente la mémoire familiale et assure de ce fait la continuité de la lignée. D'où son absence dans une famille amène des parents avec peu ou sans enfant garçon à avoir des enfants plus que prévus. Pendant longtemps, le sexe masculin a été celui le plus recherché.

Un informateur éclaire sur cette considération sociale de l'enfant de sexe masculin.

*« Oui, ces cas c'est par exemple quand dans ta famille tu es l'unique garçon et chaque fois tu fais des enfants filles, tu vas toujours vouloir continuer pour faire l'autre sexe. Certains sont chanceux et en trouvent, d'autres malchanceux n'en trouvent pas. C'est la volonté de Dieu » (C. A. Comé, novembre 2015).*

Ces propos démontrent combien de fois, les sociétés déprécient le sexe féminin. Le garçon symbolise non seulement la continuité du clan ou de la lignée, la perpétuation de l'espèce humaine, mais aussi le garant de la protection des autres en l'absence de leur père. Mais de plus en plus, les filles commencent par avoir d'importants rôles aux yeux de certains parents.

*« Dans mon programme, j'ai pensé faire trois enfants. Mais tous mes trois enfants sont des garçons et si j'avais une fille je n'allais plus faire d'enfants. Si tu n'as pas fait de fille, tu penses que tu n'as pas fini. Mais si Dieu a écrit que tu dois faire des garçons, tu n'auras que des garçons. Certaines personnes qui ne comprennent pas font, jusqu'à avoir plus d'enfants que prévus »*

(F. S. Comé, novembre 2015).

De ces propos, il ressort que l'idéal pour tous les couples, c'est d'avoir les enfants des deux sexes. Ainsi, quel que soit le sexe de l'enfant, son absence dans le couple donne lieu à un désir de faire d'autres essais, c'est-à-dire faire d'autres enfants dans l'espoir d'avoir le sexe désiré. Ce qui fait que certains parents, malgré leur désir de mettre fin à la procréation, sont contraints de faire ce que les enquêtés appellent les « essais ». Certains hommes pensent que les filles sont plus désirées par les femmes et vice versa. Selon un informateur, c'est sa femme qui tient à avoir une fille parce que le couple a déjà trois garçons. Mais à la question de savoir si l'homme ne désire pas avoir des enfants de sexe féminin, l'encadré IV restitue la réponse de l'informateur.

**Encadré IV :** Propos d'un informateur voulant arrêter de faire d'enfant malgré l'absence d'enfant de sexe féminin

*L'homme aussi aime l'enfant de sexe féminin mais c'est ce que Dieu t'a donné que tu prends. Si Dieu te donne des filles tu prends, des garçons tu prends. Mais nous les humains nous voulons ce qui nous plait. C'est vrai qu'on "sème" la grossesse mais on n'est pas Dieu. C'est ce que Dieu a mis-là qui va venir Si on fait le quatrième et c'est encore un garçon donc il n'y a pas de fille dans mon sang. Je vais arrêter de faire les enfants. Si elle m'aime elle va rester. Et si elle ne veut pas, elle peut partir chercher un autre mari. Il y a certains hommes et femmes qui pensent que c'est le nombre d'enfants que Dieu leur a donné qu'ils vont faire. Moi par exemple j'ai inscrit mes enfants dans une école privée. Il y a des hommes qui ne pensent pas à ces choses. Ils vont faire des enfants, ils vont fréquenter ou pas ce n'est pas leur problème, devenir quelque chose ce n'est pas leur problème. Il y a des enfants qui dorment dans le marché. Mais si tu es une personne et tu penses bien, tu ne peux pas faire beaucoup d'enfants. Regardez les blancs, s'ils en font trop c'est deux ou trois.*

**Source :** Monsieur F. S., Comé le 13 novembre 2015, donnée du terrain

Cet encadré reflète le discours de plusieurs parents de nos jours. En réalité, les soins, l'éducation et d'autres besoins sociaux représentent un investissement à long terme pour les parents. Avec les réalités économiques actuelles, limiter les naissances à trois ou quatre enfants est le souhait des informateurs. Alors quelles sont les nouvelles attitudes en matière de reproduction dans la ville de Comé ?

### **3.6- Descendance nombreuse et émergence de nouvelles attitudes reproductives**

La forte descendance était autrefois valorisée dans toutes les sociétés béninoises. La descendance reste et demeure une norme sociale à Comé. Elle a une valeur sociale immense. Cependant la forte fécondité ne constitue plus une caractéristique de virilité, de puissance ou encore d'honneur.

Sur la question de la descendance, les acteurs ont tous reconnu l'importance de faire des enfants. Selon F. S., « *dans cette vie, si on t'enfante, toi aussi tu dois enfanter. Tu peux avoir beaucoup d'argent et construire de château mais si tu n'as pas d'enfant, cela reste sans importance* ».

Pour madame C.,

*« Si la femme vient dans le monde elle doit faire d'enfants. Celles qui ne le font pas, c'est elles qui font le travail de Dieu. Les parents qui nous ont donné la vie ont des noms. Quand, ils vont quitter ce monde, leurs noms vont rester. Quand nous allons mourir aussi, nos enfants vont faire connaître nos noms ».*

Pour ces deux informateurs, la descendance est une obligation sociale. Autant, l'homme doit perpétuer le nom de famille, autant, la femme doit prouver sa fécondité. Ainsi, dans toutes les sociétés, les femmes sont censées avoir des enfants et ce rôle de mère est source de respect (Ransom et Yinger, 2002 : 7).

Toujours par rapport à la question de descendance, Madame P. répond :

*« Il est très important de faire les enfants, car si tu ne fais pas d'enfants nous voyons ce qui arrive à ceux qui n'ont pas d'enfants. Si tu fais l'enfant, tu l'entretiens et tu sais que c'est ça tu vas manger demain ».*

Les propos de cette informatrice confirment le statut que l'enfant confère à la femme et aussi de l'avenir meilleur que les parents espèrent en leur descendance. Alors la descendance demeure toujours une nécessité sociale c'est-à-dire que toute personne dans sa vie, a le souci de faire des enfants. Dans ce cas, qu'en est-il de la forte descendance ?

Pendant la collecte des données, une réponse est revenue plusieurs fois avec une petite marge de différence : le nombre d'enfants désiré. Pour certaines personnes, ce nombre est déjà atteint depuis des années ou est en voie d'être atteint. L'enquête a révélé que beaucoup de personnes prédéterminent le nombre d'enfants à faire. Ce nombre varie entre trois et cinq. « *Le nombre moyen*

*d'enfants par femme a diminué, l'âge moyen d'entrée en union a augmenté »* (Adjamagbo et Aguessy Koné, 2013 :1). Seules les personnes rencontrées ayant fini de faire les enfants ont eu à faire plus de cinq.

Dans ce cas, il est aisé de penser que les populations de Comé s'inscrivent en partie, dans la théorie malthusienne. La théorie malthusienne a été initiée par Malthus (1798). A travers son ouvrage « *Essai sur le principe de la population* », il prône la restriction démographique. Malthus aboutit ainsi au fait que la population doit accepter volontairement de limiter sa croissance, sinon au cas où elle ne sera pas détruite par la famine, les épidémies ou la guerre, elle verra sa taille dépasser celle de ses ressources. On peut donc comprendre ici la volonté de certaines personnes d'assurer un certain équilibre entre la taille de la population et celle des ressources, par une réduction de la natalité. Ce qui diffère de la théorie classique de la transition démographique et des approches économiques qui, ont tendance à considérer qu'une fécondité élevée est une réponse rationnelle à la pauvreté.

*« A l'inverse, l'idée d'une baisse de fécondité parmi les pauvres est en accord avec les approches diffusionnistes. Selon ces approches, la baisse de fécondité résulte, au moins en partie, de la diffusion d'idées, valeurs et technologies à l'ensemble de la population, quel que soit leur statut économique »* (Casterline, 2001).

Cette baisse de fécondité vient en appui aux différentes données des enquêtes démographiques de santé du Bénin (1996 EDSB-I : 6,3 ; 2001 EDSB-II 5,7; 2006 EDSB-III:5,6; 2011-12 EDSB-IV:4,9). Au fil des années, la représentation symbolique de l'enfant n'a pas changé. « *L'enfant dans la représentation traditionnelle symbolise le pouvoir, le prestige et la richesse* » (Hounyoton, 2009 : 1). Il est toujours considéré comme la réalisation suprême de l'homme et de la femme. Mais ce qui a plutôt changé, c'est son nombre. De nos jours le comportement pronataliste n'est plus la tendance. Que l'on ait deux, trois ou quatre, cela est accepté par la société. Ce qui permet de dire que le fait de

réduire le nombre d'enfants à trois ou à quatre ne constitue de problème pour personne.

*« Les évolutions sociales et démographiques survenues depuis la seconde moitié du XXe siècle dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne ont profondément affecté le contexte dans lequel les jeunes générations abordent désormais leur vie sexuelle et féconde » (Mensch et al., 2006).*

La société actuelle n'est plus exigeante sur la descendance nombreuse qui va constituer la sécurité sociale. C'est le cas de mademoiselle V., diplômée sans emploi et qui n'a pas encore d'enfant : *« Je pense faire quatre. Si Dieu nous aide à avoir les moyens pour les entretenir. Voilà qu'il n'y a pas de travail »*. Pour cette informatrice, le nombre final des enfants est subordonné aux moyens dont les couples disposent. Ce qui est différent du nombre idéal désiré par les couples et qui peut diminuer ou augmenter selon les moyens financiers de ces derniers.

De plus en plus, les acteurs adoptent des comportements non natalistes suivant ce que Jaffré a appelé des « choix délibérés » (2012 :35). Ces propos sont renforcés par ceux d'une maman par rapport au petit nombre d'enfants. Pour cette dernière, il peut y avoir le décès des enfants, elle raconte :

*« Certes, l'homme ne cherche pas de malheur mais si cela arrive, comment il faut faire ? Et quand cela arrive, tu n'as plus la force d'en faire d'autres. En ce moment qu'est-ce qu'il faut faire ? Pour cette raison, il faut penser faire quatre ou cinq enfants. Pour nos enfants intellectuels, ils disent trois ou deux enfants. Mais nous les parents leur refusons ça, de faire quatre ou cinq enfants. Car ils disent que les dépenses sur les enfants augmentent » (Comé, novembre 2015).*

Les propos de cette informatrice informent sur un argument qui sous-tend la forte descendance dans les sociétés. Il s'agit de la mortalité infanto-juvénile. Avec l'évolution de la science, qui a conduit à la découverte des vaccins et des soins adéquats pour la prise en charge des maladies infantiles, le décès des

enfants de moins de cinq ont considérablement diminué. Selon Ouédraogo, « *La baisse de la mortalité infantile en particulier, est une condition fondamentale du succès de la transition de la fécondité* » (2007). Ce qui confirme que les décès infantiles contribuent à une forte fécondité. Au Bénin, selon les EDS de 1996, de 2001, de 2006 et de 2011, les décès des enfants de moins de cinq ans sont respectivement de cent-soixante-six, cent-soixante, cent-vingt-cinq et soixante-dix pour mille.

Cette baisse de mortalité infantile, renforcée par un petit nombre d'enfants dans certains couples, à long terme, aura pour conséquence la maîtrise de la fécondité comme dans certains pays de l'Afrique. Au Maroc, les hommes et les femmes ont adhéré au modèle de la fécondité conjugale restreinte autour de 2 enfants (Bajos *et al.*, 2013).

Selon Locoh, *généralement, on trouve ces couples parmi les jeunes citadins instruits, hommes et femmes, la classe moyenne naissante avec des objectifs précis à l'égard de leurs enfants, en termes de santé, d'éducation, de réussite professionnelle, qui les portent à limiter leur descendance, dans le contexte actuel de forte crise économique.* Donc la crise économique, l'urbanisation et l'éducation ont fortement influencé la fécondité dans la région ouest-africaine et ce depuis la décennie 1980.

Par rapport à la charge financière liée à l'entretien des enfants, une informatrice insiste d'abord sur le coût de la grossesse. Son inquiétude est plutôt grande pendant la période de grossesse. Elle l'exprime en ces termes : « *e gagnégni e fu* » qui signifie (la grossesse c'est de l'argent). Cette couturière d'une trentaine d'année pense que l'échographie et tous les bilans exigés par les sages-femmes de nos jours ont un coût financier important. Aussi, y a-t-il des parents qui poussent leurs enfants à prendre conscience de tout ce qui a pu changer dans la société. C'est le cas de madame F. H.,

*« Moi, dans ma vie Dieu m'a donné neuf enfants mais trois sont repartis et je me retrouve avec six. Je ne suis jamais partie au centre de santé pour me faire de piqûres pour ne pas faire d'enfants. Ma fille que j'ai accompagnée est malade. Elle ne parle pas bien et ne sait pas compter de l'argent. Mais elle a déjà fait deux enfants. Pour ce bébé, les agents de santé l'ont ouverte. L'enfant qu'il y a à la maison ne marche pas encore et on lui a fait une ceinture pour vite se relever. Je vais supplier les agents de santé de lui faire la piqûre qui empêche les grossesses pendant un long moment » (Comé, novembre 2015).*

Les propos de cette maman révèlent comment certaines femmes, contraintes par certains événements, pratiquent la contraception sans prendre en compte d'autres considérations physiologiques.

Dans d'autres sociétés, les acteurs peuvent choisir de ne pas faire des enfants et cela est accepté socialement. Mais à Comé la non procréation positionne les personnes n'ayant pas fait d'enfant à un rang social inférieur. Voici ce que pense madame A. C. *« Si tu n'as pas d'enfants avant d'envoyer mon enfant quelque part, il faut qu'il termine pour moi d'abord. Si cela me plaît, je vais lui dire de partir, si cela ne me plaît, je vais l'empêcher de partir ».*

Pour madame A. P. du retour d'une réunion *« C'est qu'il est bon de faire les enfants. L'homme a besoin de l'homme. Tout à l'heure, j'étais à une réunion si j'avais un enfant âgé, il serait resté ici pour moi. Il aurait pu faire quelque chose pour moi avant mon retour ».*

De ces deux propos, il ressort que l'enfant confère un statut particulier aux géniteurs. L'attention accordée par les membres d'une société à une femme mère d'enfants et une femme sans enfant est différente. Les enfants assurent l'absence de leurs parents. L'enfant est donc toujours perçu comme une richesse mais l'avoir en grand nombre n'est plus le souhait de tous. Les conduites sexuelles et reproductives des individus sont fortement influencées par le contexte socio-normatif (coutumes, religion, normes sexuelles) mais évoluent rapidement dans tous les groupes d'âge (Coulibaly, 2011 : 10). La lecture qui est faite de ce comportement prouve que toute société est dynamique et qu'elle

accepte avec le temps des changements. De plus en plus, la société connaît de changements sur tous les plans. Sur le plan social, de nouvelles configurations sociales naissent.

La nombreuse descendance n'est plus une norme sociale. Elle ne constitue plus la tendance dans les ménages à Comé : ce qui peut être appelé les changements des réalités familiales (Larchanché, 2012). Les réalités quotidiennes opèrent des changements dans les mentalités. Cependant, la pratique contraceptive demeure peu développée et la sexualité sans finalité procréative commence par prendre de l'ampleur.

En définitive, plusieurs perceptions populaires alimentent les discours sur les moyens d'espacement ou de limitation des naissances. Il s'agit de la prise ou de la perte du poids, le soupçon d'infidélité, le non-retour de la fécondité chez certaines femmes. Dans ce contexte précis, que font les hommes et les femmes sexuellement actifs pour limiter les grossesses ?

## **CHAPITRE IV : PRATIQUES LOCALES ET GLOBALES EN MATIERE DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES**

Ce chapitre met en exergue les attitudes natalistes actuelles à Comé et tout ce qui existe comme pratique d'espacement des naissances. Plusieurs pratiques sont recensées dans le cadre de cette recherche. Il s'agit des pratiques endogènes et des pratiques exogènes.

### **4.1 Pratiques contraceptives recensées chez les femmes**

Les pratiques contraceptives concernent dans le cadre de ce travail tout ce qui est utilisé pour empêcher la survenue d'une grossesse. Ces pratiques relèvent de des domaines de santé, de plantes ou autres.

- **Pratiques exogènes**

Avec les agents de santé, les femmes désireuses de pratiquer la contraception moderne ont le choix de tous les produits de la gamme au Bénin. Certaines femmes choisissent la pratique de contraception d'urgence. « *Les pilules contraceptives d'urgence (PCU) sont indiquées pour éviter une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé* » (CICU, 2012 : 5). Comme son nom l'indique, ces comprimés sont pris dans les soixante-douze heures qui suivent l'acte sexuel susceptible de conduire à une grossesse. Généralement ils viennent en complément aux contraceptifs modernes ordinaires.

*« Malgré la disponibilité de méthodes contraceptives extrêmement efficaces, beaucoup de grossesses surviennent de façon inattendue ou sont non désirées. Ces grossesses peuvent comporter un risque sérieux de morbidité et de mortalité, en particulier dans un cadre où l'on ne peut avoir accès à une interruption de grossesse en toute sécurité, ou encore dans des cas où des services obstétricaux de qualité ne sont pas disponibles pour les femmes souhaitant mener leur grossesse à terme. Beaucoup de ces grossesses non désirées peuvent être évitées grâce à l'usage de pilules contraceptives d'urgence (PCU) » (CICU, 2012 : 6).*

Ce passage révèle que les contraceptifs ne sont pas efficaces à cent pour cent. Donc une grossesse peut survenir même chez une femme sous contraceptifs. Certaines femmes choisissent les PCU pour réguler les naissances. C'est le cas d'une informatrice.

*« Mon mari et moi avons décidé de faire les enfants tous les cinq ans. Entre mon premier enfant et le second, il y avait cinq ans de différence. Mais entre le deuxième et le troisième c'était deux ans parce qu'il avait un an quand j'étais tombée enceinte. Quand le premier avait deux ans, l'autre était né. Entre le troisième et le quatrième c'était cinq ans. Après l'acte, moi je prends Norlevo »* (madame L. A données de terrain, Comé, novembre 2015).

Ce récit informe sur la déconstruction de l'usage de la contraception moderne. Aucun agent de santé ou spécialiste de santé de reproduction ne peut indiquer les PCU pour un usage normal. Ces comprimés sont recommandés dans une situation précise : « ils offrent aux femmes une seconde chance importante pour éviter une grossesse lorsqu'une méthode habituelle a échoué, ou qu'aucune méthode n'a été utilisée, ou si le rapport sexuel a été forcé » (CICU, 2013 : 1).

Par contre, certaines utilisatrices avec un profil sociologique précis, les apprécient autrement. La pratique de contraception d'urgence est l'affaire des femmes d'un certain niveau d'instruction. *« Les femmes ainsi que les adolescentes peuvent lire et comprendre l'emballage des PCU et comprendre quand et comment prendre les PCU sans les conseils d'un professionnel de santé »* (CICU, 2013 :3).

Ces femmes en question, doivent avoir les moyens financiers pour s'approvisionner car ces comprimés sont plus chers que les contraceptifs ordinaires. Il faut aussi que ces femmes ne soient pas sexuellement active de manière permanente et aient une parfaite maîtrise de leur cycle. La contraceptive d'urgence étant la pratique des femmes instruites, quelle est alors la pratique contraceptive des femmes de façon générale ?

Toujours dans le domaine médical généralement, certaines femmes utilisent les produits disponibles dans les centres de santé. Les femmes à Comé habituellement, préfèrent les injectables et les implants aux autres produits de la gamme contraceptive.

*« Parmi les méthodes de courte durée les femmes préfèrent le noristéra (injection faite toutes les huit semaines. En ce qui concerne les méthodes de longue durée, elles choisissent souvent le jadelle. Mais si on fait la balance le noristéra vient avant le jadelle (dont l'effet dure trois à sept ans) »*

(Madame K. R., données de terrain, Comé, novembre 2015).

Cette information porte sur la préférence des femmes en matière de produits contraceptifs. En réalité ces deux méthodes ne sont pas choisies par hasard par les femmes. Dans le premier cas, c'est du fait de la discrétion du produit. Un autre agent de santé renchérit :

*« Parce que c'est une méthode discrète. Si le mari n'est pas d'accord pour qu'elles le fassent, elles disent qu'elles vont au marché et elles viennent faire leur injection. Et puis elles vont au marché. Après elles cachent correctement leurs carnets. Car aujourd'hui les messieurs savent que le jadelle se place au bras. Et quand ça les prend ils tâtent le bras pour voir s'il n'y a rien de caché. Rire... »*

(Madame K. E., données de terrain, Comé, novembre 2015).

De cette information, il ressort que le critère de préférence est d'abord la discrétion. Même si dans certains cas, les maris donnent leur avis favorable, les femmes essayent de ne pas l'exposer. La fécondité concerne le couple mais les parents s'y intéressent également, donc l'entourage social des femmes.

La proximité du centre de santé avec le marché de Comé permet aux femmes de trouver la parfaite excuse pour se rendre à la maternité centrale pour pratiquer la contraception en secret (Larchanché, 2012 : 6). Le marché constitue alors le tremplin pour quitter le cercle familial et revenir sans éveiller de soupçon.

Outres ces produits, certains acteurs ont choisi comme moyen contraceptif le préservatif. Ce moyen contraceptif vient parfois en complément à la méthode des jours ou méthode de connaissance de la fécondité.

Les personnes utilisatrices de cette méthode ont souvent au moins le niveau de la classe de troisième, c'est-à-dire avoir fini le premier cycle de l'enseignement secondaire. C'est le cas de mademoiselle B. A., qui a fait jusqu'à l'université. Quelles sont alors les autres pratiques contraceptives à Comé ?

- **Pratiques naturelles de limitation des naissances**

Un certain nombre de pratiques sont également identifiées sur le terrain et sont naturelles. Il s'agit du coït interrompu, l'abstinence périodique qui va parfois avec la polygamie. Voici les propos d'un informateur.

**Encadré V** : méthode naturelle de régulation des naissances

*« Autrefois, nos parents avaient leur méthode qui consiste à avoir plusieurs femmes. Une ou deux, plusieurs c'est à partir de deux femmes. Ainsi quand une femme porte d'enfant, on va vers l'autre. Il faut attendre que l'enfant ait un an ou un an et demi avant d'avoir de rapports sexuels avec son mari. Déjà un enfant qui a un an et demi, marche. Donc il n'y a pas de risque si sa maman tombait en enceinte. Donc la première méthode est avoir au moins deux femmes. Aujourd'hui, on exploite plus cet espace-là. On ne fait plus ça. On ne prend plus plusieurs femmes. Quand on a une seule femme, la seule méthode que nous pratiquions c'est qu'au moment des rapports, vous faites tout pour ne pas verser, ne pas achever le rapport si je peux m'exprimer ainsi. Donc on se retire, on se retient au moment où on doit terminer le rapport. D'autres méthodes c'est quand on se rapproche de nous chercheur en pharmacopée que nous leur fabriquons de bague. Et c'est la femme qui porte cette bague, donc le port de bague préparée »*

Monsieur A. M., Comé le 24 novembre 2015, donnée du terrain

Cet encadré expose les moyens de régulation des naissances avant l'invasion des contraceptifs dits modernes. Ces méthodes ont permis aux couples d'espacer les naissances de deux ans à quatre ans. La méthode de rapport inachevé est revenue

plusieurs fois au cours de la collecte des données. C'est aussi le cas de monsieur A. P. dont les naissances sont espacées de quatre ans.

*« Moi je me base sur le calendrier comme on nous l'avait appris en classe de troisième pour déterminer la date d'ovulation. Ma femme et moi, nous nous basons sur ça. Je sais quand elle a les menstrues et je sais quand m'approcher d'elle »* (données de terrain, Comé, novembre 2015).

Ce récit renseigne sur comment avec une bonne maîtrise du cycle de la femme, les naissances sont programmées. Certes, le cas de ce couple est particulier parce que la femme a un cycle régulier de vingt-huit jours. Pour monsieur A. P. c'est tellement facile car c'est un cas pratique dit-il.

Au cours de la phase de collecte de données, une pratique locale à base de pagne hygiénique a été révélée.

*« Oui je connais une méthode africaine qui marche. Quand la femme a ses menstrues, si elle utilise le pagne, elle ne lave pas le pagne. Elle met ça dans une boîte. Mais avant il faut mettre du sel dans la boîte, agiter et renverser. Ensuite, on met le pagne dans la boîte et on ferme. On la cache pour que l'eau n'y touche pas. Que personne n'y touche. Le jour où on va être prêt à faire d'enfant, il faut faire sortir le pagne et laver. Cela marche. C'est une ivoirienne qui a montré ça à une sœur ».*

(Mademoiselle V.K., données de terrain, Comé, novembre 2015). Cette même pratique est indiquée par un autre informateur:

*« Une femme m'a dit qu'elle pratique une méthode traditionnelle depuis qu'elle a commencé par faire d'enfant et que cela a toujours marché. Dès qu'elle accouche, le premier pagne utilisé pour servir de couche est mis dans une boîte auquel elle ajoute du sel. Elle cache ensuite la boîte jusqu'à ce que son enfant ait l'âge qu'il faut. Si elle est prête, elle sort le pagne qu'elle lave. Et c'est ce qu'elle a toujours fait »*

(Monsieur A.M., données de terrain, Comé, novembre 2015).

De ces deux, il ressort qu'il s'agit de la méthode de pagne hygiénique. Evidemment que cette méthode a d'avantages pour les femmes. Mais avec la présence sur le marché des serviettes hygiéniques (dispositif absorbant porté par

la femme lors de leurs menstruations), les jeunes femmes et filles ne font plus usage de pagne. Cette pratique pas très souvent confortable, est plus utilisée dans les zones rurales. Même pour les femmes qui viennent d'accoucher, il existe des serviettes hygiéniques de maternité et réclamées parfois par les sages-femmes.

Ce qui est sûr, ces deux pratiques sont les mêmes ; seuls les moments indiqués pour les faire diffèrent. Pour le premier cas, il était précisé que cela peut se faire à tout moment de la période des menstrues. Cela était possible du premier jour au dernier jour du saignement. L'essentiel est qu'il y ait du sang recueilli sur le pagne servant de couche pour la femme. Pour le second cas, c'est dès l'accouchement. Pour ce cas, l'explication est toute simple. Il y a certaines femmes qui après l'accouchement n'ont pas le retour de couches et tombent de nouveau enceinte. Donc pour éviter ce désagrément, la pratique dès l'accouchement semble plus sûre pour ces femmes.

Toujours par rapport aux pratiques naturelles, il y a l'utilisation d'un mélange avec des feuilles "*hlinvi*" ou phyllanthus amer (*phyllanthus amarus*) et de la boisson locale sodabi.



**Photo 8 :** phyllanthus amer servant de contraceptif

**Source :** données de terrain, Comé, novembre 2015

Ces feuilles sont utilisées habituellement pour faire la tisane aux nouveau-nés. Mais ces mêmes feuilles (*phyllanthus amer*) sont utilisées pour éviter les grossesses selon les données du terrain.

*On m'a dit de mettre les feuilles dans une bouteille et d'y ajouter de sodabi. Après chaque rapport sexuel avec mon mari, je dois prendre le mélange. Ou quand je sais que mes menstrues arrivent, je commence par prendre et aussi pendant les menstrues. Le mélange a pour effet de laver tout ce qu'il y a dans l'intérieur de la femme (Madame B. A., données de terrain, Comé, novembre 2015).*

De ce récit, il en ressort que cette pratique est accessible et facile à utiliser. Cependant, elle est préparée à base d'alcool et donc, son usage peut ne pas être indiqué pour toutes les femmes. En plus de madame B. A., d'autres acteurs ont indiqué ces mêmes feuilles et d'autres feuilles qui ne sont pas bien identifiées. Pour trianguler cette information, le chercheur en pharmacopée a été interrogé. Voici ces propos :

*Cette méthode peut ne pas réussir c'est pourquoi je ne veux pas m'aventurer sur cette méthode-là. Il ne faut pas universaliser cette méthode. Le hlinvi ce n'est que pour faire dégager la femme. Elle va aux toilettes, elle pisse donc c'est ça. Ça n'a pas un succès à cent pour cent. (A. M., données de terrain, Comé, novembre 2015).*

Ces propos indiquent que, cet informateur préconise l'utilisation de cette recette plutôt pour d'autres traitements qu'il a cités. Il doute en réalité de l'actif contraceptif de ce produit. Ce qui rappelle évidemment la déconstruction des pratiques de contraception par les femmes.

Cependant, les recherches à l'herbier national de l'UAC ont permis de savoir que ces feuilles sont utilisées sous forme de décoction dans plusieurs affections notamment diverses dermatoses, l'ictère, les vomissements, la blennorragie, les palpitations.

En dehors de toutes ces pratiques recensées, deux comprimés contenant des molécules d'acide acétylsalicylique permettent aux femmes de limiter les grossesses.

- **Usage de l'aspirine et du sédaspir à une fin contraceptive**

Selon une personne ressource, toute pratique abortive, c'est-à-dire permettant de mettre fin à l'évolution d'une grossesse peut éviter son arrivée. Les comprimés d'aspirine sont utilisés pour éviter la survenue des grossesses. Les comprimés d'aspirine sont les molécules d'acide acétylsalicylique. Ses effets permettent de diminuer la fièvre, de soulager la douleur ou de prévenir la formation d'un caillot sanguin (Encarta, 2009). C'est sûrement pour la prévention de formation de caillot sanguin qu'il empêche la grossesse. Les comprimés d'aspirine sont détournés de leur utilité première (soulager la fièvre et la douleur) et sont pris comme des contraceptifs d'urgence chez certaines femmes.

La prise des comprimés de sédaspir empêche également la survenue des grossesses. En effet, le sédaspir est composé de l'acide acétylsalicylique, phosphate de codéine hémihydraté et de caféine. Son indication thérapeutique est le soulagement des douleurs d'intensité modérée et/ou des douleurs qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol.

Les comprimés d'aspirine et du sédaspir sont ainsi détournés de leur usage de base pour servir de contraceptifs.

**Encadré VI :** Témoignage d'une femme ayant adopté les comprimés d'aspirine comme contraceptif

*J'ai fait l'injection et j'ai perdu mes règles pendant des mois. Pour retrouver la fécondité cela a été vraiment difficile. J'ai eu la grossesse mais au quatrième mois je l'ai perdu. C'est des années après que je suis encore tombée enceinte. Comme j'avais un problème de tension, on m'a interdit de tomber enceinte. Donc il fallait adopter une méthode de contraception. Mais avec mon problème de tension artérielle il était difficile de trouver un produit contraceptif. On m'a prescrit des produits pour stabiliser la tension. Il y avait également de l'aspirine. Je devais prendre deux comprimés tous les jours. Au cours des discussions on m'a conseillé de l'aspirine pour ne pas tomber enceinte. Et grâce aux comprimés d'aspirine, je ne suis plus tombée enceinte jusqu'à la mort de mon mari.*

Source : Madame N.T., Comé le 12 novembre 2015, donnée du terrain

Cet encadré révèle comment certaines femmes détournent l'usage d'un comprimé pour un autre auquel il n'était pas recommandé. L'information selon laquelle les comprimés d'aspirine sont utilisés comme des contraceptifs d'urgence est revenue plusieurs fois. Selon un autre informateur, il y a également « *les comprimés d'aspirine que certaines femmes prennent et ça marche. Il faut prendre deux comprimés d'aspirine après chaque acte sexuel et cela ne fait pas grossir* » (monsieur C. G., données de terrain, Comé, novembre 2015). Une femme âgée nous a confié qu'en son temps il y avait les comprimés de nivaquine dont la prise après l'acte sexuel empêchait l'arrivée des grossesses. Elle a également signalé la prise de sédaspir pour la même cause. Un entretien avec les jeunes filles dans un atelier de couture, âgées de seize à vingt-un ans, déscolarisées et célibataires sans enfants, a permis de recenser certaines pratiques permettant de mettre fin à une grossesse et non de les prévenir.

- *Il y a des feuilles dont je ne connais pas le nom et que je n'ai pas encore vues ici. C'est gluant il faut les triturer et y ajouter de jus de citron de bicarbonate. Ça réussit pour certains mais pour d'autres ça ne réussit pas* (Mademoiselle I., données de terrain, Comé, novembre 2015).

- *Moi je connais une fille qui a fait un mélange des feuilles de neem et de bicarbonate. Mais ça n'a pas marché, elle est décédée (Mademoiselle H., données de terrain, Comé, novembre 2015).*
- *D'autres prennent la petite bouteille de Guinness avec de café fort (Mademoiselle I., données de terrain, Comé, novembre 2015).*
- *Il y a un arbre dont on prend les branches avec les feuilles. De retour à la maison, on enlève les feuilles l'eau qui sort on dépose ça sur le col de l'utérus. Le trou fermé s'ouvre et après le sang sort. Mais je ne connais pas ça (Mademoiselle S., données de terrain, Comé, novembre 2015).*
- *On prend aussi de l'eau salé juste après l'acte sexuel (Mademoiselle G., données de terrain, Comé, novembre 2015).*

De ces différents entretiens, il est retenu qu'une immersion dans le monde des jeunes révèle beaucoup de pratiques pour surtout l'interruption volontaire des grossesses. La gestion de la santé de reproduction se fait d'abord par la prévention. Dans ce cas précis, il s'agit de la prévention des grossesses désirées. Ces interruptions de grossesses se font de façon clandestine et provoquent les décès de ces jeunes filles.

En réalité cet atelier de couture été pris en compte au cours de la collecte des données suite à l'insistance de la patronne. Au début, il a été prévu de faire un entretien avec elle. Mais cette patronne a jugé bon de laisser parler ses apprenties à son absence car elle pense qu'elles en savaient plus qu'elle-même. Ce qui pose au fait une autre préoccupation sociale : la santé de reproduction des adolescents et jeunes. L'utilisation insuffisante de produits contraceptifs expose les adolescentes au risque de grossesses non désirées et inopportunes, et pose des risques pour la santé de l'adolescente et de l'enfant (Unfpa, 2012 : 18).

Ainsi, sont recensées les différentes pratiques utilisées à Comé pour retarder ou éviter une grossesse. Dans le cas où aucune précaution n'est prise, on parle de grossesse non désirée. La problématique de grossesse non planifiée ou non

désirée débouche sur les avortements clandestins ou provoqués. Les grossesses non désirées figurent parmi les principaux facteurs de morbi-mortalité maternelle. Quel est alors le lien entre les avortements provoqués, les décès maternels et les méthodes d'espacement de naissances ?

#### **4.2 Avortements provoqués : choix pour réguler les naissances des enfants**

Les avortements provoqués se pratiquent de plus en plus et sont en partie des causes de décès des femmes. Les avortements sont des pratiques qui permettent d'expulser le fœtus avant leur période de viabilité. Ils se font par les agents de santé ou par les femmes elles-mêmes. « *Un avortement est déterminé par le contexte relationnel et le degré de légitimité de la relation au sein de laquelle s'inscrit la grossesse* » (Adjamagbo et Aguessy Koné, 2013 : 3). Dans ce cas, plusieurs raisons amènent les femmes à l'avortement. Certaines femmes font recours à l'avortement dans le cas des grossesses précoces ou des grossesses non désirées. « *La notion de grossesse non prévue (dite non désirée) renvoie au décalage entre fécondité souhaitée et fécondité effective* » (Adjamagbo et Aguessy Koné, 2013 : 6). Les couples désirent avoir un nombre précis d'enfants. Ce nombre peut ne pas correspondre au vrai nombre réel d'enfants. Dans ce cas, on parle de fécondité effective et de fécondité souhaitée. Les avortements provoqués résultent alors de la grande différence entre ces deux variables.

La plupart des personnes rencontrées ont déploré les avortements provoqués.

Pour certains informateurs, l'avortement provoqué occasionne d'autres problèmes plus graves pour les femmes. « *Il y a parfois des femmes qui tombent malades après les avortements ou certaines qui ne font plus d'enfants* (M. C., données de terrain, Comé, novembre 2015). Ceci indique que les conséquences des interruptions volontaires de grossesse sont connues par les jeunes. Un lien direct est établi entre l'usage de la contraception et la pratique des avortements.

« *Les femmes qui ne font rien pour éviter les grossesses, quand les grossesses viennent elles font des avortements avec des feuilles. Parfois cela marche,*

*parfois cela conduit aux décès des femmes »* (T.N., données de terrain, Comé, novembre 2015).

Il ressort de ce qui précède qu'il y a des femmes qui, au lieu de choisir la contraception comme moyen de régulation de la fécondité, s'adonnent à la pratique de l'avortement.

Parfois lorsque l'avortement est mal pratiqué, les femmes le paient de leur vie. Dans ce cas, *« la prévention des grossesses non souhaitées et la prestation de services d'avortement sans risque, si la loi le permet, diminueront le nombre de décès et d'invalidités maternels imputables aux avortements à risques »*

(Family Care International, 2005 : 13). Tout en favorisant l'espacement des naissances, la contraception moderne permet au couple d'avoir le nombre d'enfants voulus. Elle permet d'assurer un intervalle intergénéral suffisant et la reconstitution de la santé de la mère avant une nouvelle grossesse. Cette tragédie sociale est enregistrée également au sein des plus jeunes : les jeunes filles. *« L'interruption volontaire de grossesse étant interdite dans la grande majorité des pays africains, les jeunes filles recourent à des avortements clandestins réalisés dans des conditions d'hygiène déplorables, conduisant bien souvent à la septicémie et à la mort. On estime que 14% des décès maternels en Afrique sub-saharienne sont la conséquence directe des avortements provoqués »*. (Jaffré, 2009 : 10).

D'où la question de la promotion des méthodes de contraception moderne pour réduire les différentes complications découlant des avortements et les cas de décès des femmes. *« Cette mortalité et morbidité maternelles pourront encore être diminuées d'un tiers en offrant des services de planification familiale, un counseling et une information de qualité »* (Family Care International, 2005 : 13). Car la pratique des méthodes d'espacement des naissances est un moyen central dans la lutte contre la mortalité maternelle. La planification des naissances peut être effective avec les moyens médicalisés ou non. Seuls, le profil sociologique et l'expérience des uns et des autres les aideront à choisir et à

maintenir ce choix. Par rapport au profil sociologique, comment les femmes émancipées gèrent-elles leur espace génésique ?

#### **4.3 Influence de l'émancipation des femmes sur l'espacement des naissances**

La grossesse est une période fondamentale pour la femme mais la rend vulnérable. Cette vulnérabilité est plus remarquable lorsqu'elle vit les grossesses de façon très rapprochée.

*« Quand la femme accouche, elle allaite l'enfant pendant deux ans. Après ça, elle prend un an pour se retrouver et reprendre son poids. Mais, si elle ne fait pas ça et tombe enceinte trop tôt, elle peut prendre les vitamines, mais elle ne peut pas se retrouver » (A. V., données de terrain, Comé, novembre 2015).*

Ces propos informent sur la gestion de la santé reproductive des femmes. Les grossesses rapprochées affectent les femmes mais affectent également leurs foyers. *« Lorsque dans un foyer la femme fait des enfants rapprochés, son foyer n'évolue pas. Je vois qu'au niveau des enfants les choses n'évoluent pas. Pour la femme même elle a une chute » (A.M., données de terrain, Comé, novembre 2015).*

Ces propos indiquent que la planification des naissances quelle que soit la méthode utilisée permet à la femme de bien s'occuper des enfants. Car la taille de la famille influe aussi sur l'investissement dans les enfants (Unfpa, 2014 : 26). Également, la femme qui planifie ses grossesses a d'énormes avantages. *« Lorsqu'une femme peut planifier sa famille, elle peut également planifier le reste de sa vie. Si elle est en bonne santé, elle sera plus productive » (Family Care International, 2005 : 9).*

De plus, le contrôle de la fécondité a modifié le rapport à la maternité et l'enfant désiré bénéficie d'une meilleure relation parentale. Selon Glover-Bondeau (2011), *les femmes ont plus de temps à consacrer à leurs enfants quand les naissances sont espacées. Tout en entraînant une baisse de la fécondité, la contraception favorise le travail rémunéré chez les femmes et donc leur*

*autonomie*. Cependant, la femme n'est pas toute seule dans le projet de procréation.

Il faut qu'elle associe le mari ou le partenaire. Les couples qui peuvent planifier les naissances, ont plus de chances de travailler, d'entretenir les enfants et d'assurer leur avenir. Ainsi, les parents pourront dans leur vieillesse, bénéficier de leur soutien. En dehors des parents, que font les autorités locales pour la promotion d'une bonne santé reproductive ?

#### **4.4 Participation des autorités locales à la promotion de la pratique contraceptive**

L'accès pour les femmes à des « *services de santé qui leur permettent de traverser en toute sécurité la grossesse et l'accouchement est reconnu comme un droit* » (Jaffré, 2009 : 8). La maîtrise de la fécondité et la baisse de la mortalité maternelle peuvent aboutir si les autorités investissent dans les programmes d'éducation et de santé publique. Au niveau de la mairie de Comé et précisément à l'arrondissement de Comé, certaines activités sont menées sur la santé de reproduction des jeunes et adolescents. Voici les propos du point focal genre :

*« Depuis 2012, j'organise des sensibilisations sur les radios et dans les collèges sur les grossesses précoces en milieu scolaire et sur les méthodes de contraception. La délégation de l'Association Béninoise de la Promotion de la Famille (ABPF) de Cotonou et de Lokossa est arrivée pour rencontrer les élèves et les apprentis qui ont été formé sur les précautions à prendre au niveau de l'arrondissement. On leur a donné des explications sur les méthodes de PF avec les médecins et les sages-femmes. Après les exposés, ceux qui veulent sont orientés vers les agents de santé pour le choix et l'adoption des contraceptifs. Pour moi, les grandes personnes savent suffisamment les choses. C'est la jeunesse qui constitue la priorité »*

(T. S., données de terrain, Comé, novembre 2015).

De ces propos, on retient que très peu d'activités sont menées à Comé sur la santé de reproduction et que seuls les jeunes sont vraiment ciblés. En dehors, des

activités du point focal genre de la mairie, les agents du CPS font des séances mais seulement avec les femmes qui viennent vers eux. Donc en réalité, la mairie n'organise pas des activités dans ce sens.

Par ailleurs, les activités qui sont organisées à l'endroit des jeunes, ne sont pas appréciées de certains parents. Selon les propos d'un agent de santé et responsable de maternité, les parents n'ont pas encore compris que les temps ont changé. Elle raconte :

Encadré VI : Position des parents par rapport à l'usage contraceptif chez les jeunes

*Premièrement c'est l'implication des hommes. Si l'homme est impliqué et adhère à la chose ça peut faciliter parce que ici là la femme n'a pas le pouvoir d'achat. C'est l'homme qui donne l'argent. Si la femme veut faire et n'a pas les moyens et que le monsieur aussi est contre donc ça fait double obstacles. Il faut que les gens sachent que la PF joue un rôle important dans la vie de la femme et dans la société. Si on prend le cas des élèves, les cas d'avortements provoqués qui se soldent par le décès des enfants là, s'ils acceptent un peu l'utilisation des produits contraceptifs au niveau de ces enfants-là, je crois que ça va réduire le nombre des avortements. Il faut que les parents comprennent l'utilité des produits contraceptifs pour cette couche-là pour permettre à ces apprentis et élèves d'évoluer parce que la grossesse constitue un frein à l'apprentissage, au cursus, l'évolution scolaire et au devenir de ces enfants. Du coup, elles deviennent des mamans à un âge très bas. Si je dis ça c'est à cause de l'émission qu'on a eu à faire. Quand on parlait moi j'ai dit que les élèves et ces enfants peuvent utiliser les méthodes contraceptives pour leur permettre d'évoluer. Et quand les parents ont eu la ligne pour intervenir, sur dix, neuf ont été contre. Moi ça m'a marquée. Ils ont dit que nous voulons créer la débandade au sein de leurs enfants, que c'est les exciter à la débauche. Et le jour-là, quand je revenais d'une réunion, un membre COGECS a perdu sa fille à cause d'un avortement. Qu'est-ce qu'on refuse à une fille de dix-neuf ans. Il faut qu'ils comprennent.*

Source : Madame K.E. Comé le 12 novembre 2015, donnée du terrain

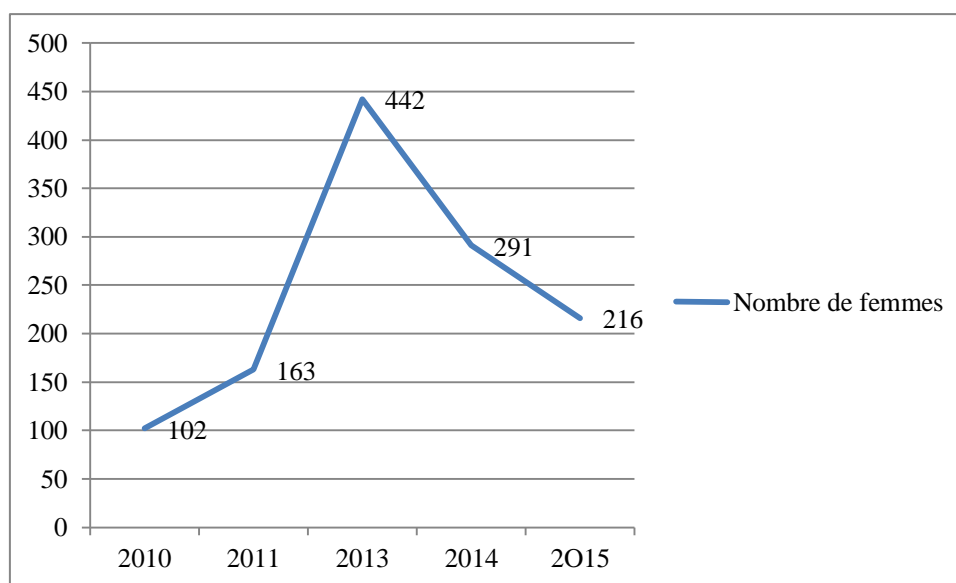
Cet encadré expose la position de certains parents qui, par ignorance ou dans l'intention de protéger leurs enfants, évitent de discuter de la sexualité. Certes, pendant longtemps, les discussions autour du sexe étaient considérées comme exclusives aux adultes. Mais l'évolution des sociétés fait apparaître des faits qui remettent en cause les valeurs et les normes qui régissaient les comportements des individus dans la collectivité.

Selon Jaffré, l'urbanisation se développant rapidement en Afrique, la pression familiale et le contrôle social diminuent tandis que l'accès des jeunes aux médias augmente. La situation est alors caractérisée par d'autres complexités (2008 :12). Il s'agit entre autre, de l'entrée précoce dans la vie sexuelle, sa mauvaise gestion, l'exposition aux maladies sexuellement transmissibles, etc. Ce qui a pour corollaire les grossesses précoces, les interruptions volontaires de grossesses dans des conditions non recommandées et le décès des jeunes.

L'accès de plus en plus facile aux nouvelles technologies d'information contribue en partie à ces faits. La globalisation qui fait de toutes les nations du monde entier, le village planétaire présente des avantages et des inconvénients. Evidemment, sur le plan de la SR, le jeune est en mesure d'accéder à toutes les formes d'informations. Alors les parents avertis, dans le dynamisme des réalités sociétales, peuvent se départir du présumé obstacle culturel, et discuter de la sexualité avec les plus jeunes.

Le paradoxe est que les besoins sont réels mais la pratique contraceptive moderne demeure très faible. Le graphe qui suit renseigne sur la pratique contraceptive à la maternité centrale de Comé sur cinq ans.

## Graphe N°1 : courbe de fréquentation du service de PF de 2010 à 2015



Source Maternité centrale de Comé, novembre 2015

Sur ce graphe, il est remarqué qu'au cours des années 2010 ; 2011 ; 2012 et 2015 le nombre annuel des utilisatrices est compris entre cent et trois cents. Mais subitement, ce nombre passe à plus de quatre cent en 2013 suite à la séance de l'offre gratuite des contraceptifs. Cet écart peut être expliqué par la faible autonomie financière des femmes.

Il faut aussi comprendre qu'il y a une différence entre les données officielles des services de PF et les données des enquêtes, du fait qu'une partie des femmes achète leurs contraceptifs au niveau des vendeurs du marché parallèle.

Le besoin d'utilisation de la contraception existe au niveau des FAP et également au niveau de la couche juvénile. « *Les jeunes africains qui vivent au Sud du Sahara, comme dans le reste du monde en développement, ont de plus en plus fréquemment une vie sexuelle avant le mariage* » (Wellings et al., 2006). Ce qui rejoint d'ailleurs les propos de l'encadré précédent. D'après les propos de l'agent de santé, les jeunes sont les personnes les plus touchées surtout dans le cas des grossesses non désirées qui aboutissent à des cas d'avortements clandestins et mal pratiqués.

Ces cas d'avortements sont une conséquence directe de l'absence de la pratique contraceptive. Ce faible recours aux méthodes modernes se traduit par un taux d'avortement clandestin élevé chez les jeunes femmes (Shah et *al.*, 2004). Comment interpréter alors les besoins non satisfaits en PF ?

L'observation du graphe permet également de dire qu'au cours de l'année 2013, le nombre de femmes enregistrées dans le centre de santé central, fait presque le double ou un peu moins au cours des autres années. Cela est dû à des formations des agents des services de PF. Au cours de ces formations, les femmes ont été appelées à bénéficier des méthodes contraceptives gratuitement. Certes les produits contraceptifs à Comé sont subventionnés mais beaucoup de femmes n'ont toujours pas de quoi les acheter. Ce qui ne contribue pas à la réduction des besoins non satisfaits en PF.

En réalité, la qualité perçue des soins dans les services de PF ne satisfait pas encore toutes les patientes.

*« Malgré la reconnaissance et l'importance du rôle de la planification familiale dans la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la santé des femmes en matière de sexualité et de procréation, les programmes nationaux de planification familiale de la plupart des pays africains ne sont pas parvenus à établir des services efficaces et accessibles pour répondre à la demande croissante en matière de planification » (CIPD, 2013 :3).*

Sûrement, la bonne gestion des plaintes des patientes qui viennent dans les services de PF, contribuera à réduire les craintes au niveau des FAP. Aussi, l'amélioration des prestations permettra-t-elle, aux jeunes et aux adultes de trouver satisfaction dans les prestations des services de PF et pour mieux gérer leurs santés sexuelle et reproductive.

## CONCLUSION

La recherche sur « *Perception et pratique de la contraception médicalisée chez les Femmes en Age de Procréer à Comé* » s'inscrit dans un contexte social et culturel où les populations ont mis en valeur pendant longtemps la forte fécondité. Avec l'émancipation des femmes, la contraception moderne et l'évolution des mœurs, la forte fécondité n'est plus l'espoir des parents pour espérer un lendemain meilleur.

Il ressort de cette recherche qu'une multitude de pratiques accompagnent les femmes, les couples ou les jeunes pour espacer les naissances ou pour éviter les grossesses. Cet univers regorge de pratiques médicalisées et base de plantes.

Par ailleurs un certain nombre de discours sont véhiculés dans cet univers pour apprécier les produits contraceptifs. Tout ceci influence les comportements contraceptifs des femmes à Comé et classe la localité parmi celles ayant les taux les plus faibles au Bénin. L'explication directe est que les acteurs n'ont pas adhéré à l'utilisation des contraceptifs modernes des services de PF mais ont quand même d'autres pratiques dans ce domaine.

Les besoins non satisfaits en PF à Comé, sont notamment dus à la manière dont les femmes sont embarquées dans cette carrière. L'amélioration de ces besoins non satisfaits passe d'abord par l'amélioration de l'offre des services en PF. Pour les acteurs à Comé, les agents de santé doivent améliorer leur prestation à trois niveaux:

- les préalables c'est-à-dire les analyses pour voir la compatibilité des produits avec l'organisme des femmes ;
- le choix d'un bon produit et la gestion des effets secondaires ;
- l'accompagnement des femmes pour le retour de la fécondité en cas d'arrêt.

Ce dernier point paraît pour les acteurs très important et amène certains couples à avoir le nombre d'enfants désirés avant de penser à l'utilisation de ces produits. Les femmes continuent d'être de simples consommatrices et non des partenaires. Les populations ont connaissance des problèmes découlant de la descendance élargie et commencent par opter pour la famille de développement c'est-à-dire avoir le nombre d'enfants qu'elles sont sûres d'entretenir. La préoccupation qui interpelle encore à Comé est celle liée à la santé reproductive des jeunes et adolescents. Cette tranche de la population pourrait être la cible des recherches à venir.

## REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Adjamagbo, A. et Aguessy Koné, P., 2013, *Situations relationnelles et gestion des grossesses non prévues à Dakar*, 32p.
2. Akogninou, A., Van der Burg, W. J., Van der Maesen, L. J. G., 2006, *Flore Analytique du Bénin*, Cotonou et Wageningen, 1034p.
3. Attanasso, O., Fagninou, R., M'bouke, C., et Amadou Sanni, M., 2005, *Les facteurs de la contraception au Bénin : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001*, GRIPPS, 48p.
4. d'Arcangues, C., 2009, *La contraception au niveau mondial : les grands enjeux*, Mini-revue, Département Recherche et Santé génésiques, Organisation mondiale de la santé, Genève, 9p.
5. Alihonou, O., 2012, *Maternité rapprochée, maternité espacée: une approche socioculturelle de l'espacement des naissances chez les waci de come*, Mémoire de Maîtrise, UAC, 95p.
6. Avoce, J. 2015, *Usages de la contraception sous contraintes locales et globales chez les Ayizɔ d'Allada au Bénin*, Mémoire de DEA, UAC, 158p.
7. Balandier, G., 1984, *Le sexuel et le social : lecture anthropologique* : In *les Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 76, janvier-juin 1984, pp. 5-19. Paris : Les Presses universitaires de France, Édition numérique réalisée le 19 mai 2008 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

8. Bankole G., Oye-adeniran B., Adewole I., Singh S., Hussain R., 2006, « Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women », *International Family Planning Perspectives*, 32(4), pp. 175-184.
9. 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: T. Bierschenk et J.-P. Olivier de Sardan (Dir.), *Les pouvoirs au village : le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, pp. 11-51. Paris: Karthala. 296 p.
10. Conférence Internationale sur la Population et le Développement, 2013, *Réduire la mortalité maternelle en Afrique: répondre aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale et de soins après avortement*, Note d'orientation, N°5, Addis-Abeba, 8p.
11. Cleland, J. G., Ndugwa, R. P., and Zulu, E. M., 2011. *Family planning in sub-Saharan Africa: Progress or stagnation?* Bulletin of the World Health Organization, pp.137-143.
12. Coulibaly A., 2011, *Apport de l'anthropologie à la compréhension de la santé maternelle*, in Jaffré, Y, (Dir), 2012, *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique*, Paris, Editions Faustroll Clauunay
13. DSME, 2006, *Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin 2006-2015*, Cotonou, 72p.
14. Einhorn, H.J., Hogarth R.M., 1980, "Behavioral decision theory: Processes of judgment and choice", *Annual Review of Psychology* (32): 53-88.
15. Guengant, J-P., 2011, *Comment bénéficiaire du dividende démographique?*, *Synthèse des études réalisées dans les pays de l'UEMOA*, AFD, 83 p.

16. INSAE (2002). Enquête démographique et de santé (EDSB-II), 389 p.
17. INSAE (2007). Enquête démographique et de santé (EDSB-III), 492 p.
18. INSAE (2013). Enquête démographique et de santé (EDSB-IV), 551 p.
19. Jaffré, Y. et. Olivier de Sardan J-P (dir), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris.
20. Jaffré, Y, (Dir), 2012, *pratiques d'acteurs dans les domaines de la fécondité et de la contraception en Afrique de l'ouest une contribution anthropologique* in Jaffré, Y, (Dir), *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique*, Paris, Editions Faustroll Claunay, pp .9-118.
21. Family Care International, 2005, *Objectifs du Millénaire pour le développement et santé sexuelle et reproductive*, Fiche d'information, 20p
22. Kpatchavi, C., A., 2011, *Savoirs, maladies et thérapie en Afrique de l'ouest pour une anthropologie du paludisme chez les fon et les Waci du Bénin*, Edition Ablodè, 335 p
23. Larchanché, S., 2012, *Les enjeux de la contraception chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest*, Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, 8p
24. Médecins du Monde, 2016, *Santé Sexuelle et Reproductive : une approche de santé publique fondée sur les droits humains*, Editions Médecins du Monde : 32p
25. Ministère de la Santé, 2007, *Annuaire des statistiques sanitaires*, Cotonou, pp. 82-86

26. Ministère de la Santé, 2007, *Stratégie Nationale de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin*, Cotonou : 168p
27. Ministère de la Santé, 2010, *Stratégie nationale de communication sur la réduction de la mortalité maternelle au Bénin*, Cotonou : 92 p
28. Ministère de l'intérieur, de la sécurité et de la décentralisation, 2004, *Rapport du Plan du Développement Communal, version finale*, septembre, 118p
29. OMS, 2014, *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations*, Genève, 4p
30. OMS, 2011, *Planification familiale un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*, Genève, 372p
31. PSI-Benin, 2008, *Déterminants de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes dans les zones de concentration des activités du projet IMPACT au Bénin*, Research & Metrics, PSI
32. Ransom E. I. et Yinger N. V., 2002, *Une maternité sans risque comment éliminer les obstacles aux soins*, 39p
33. UNFPA, 2008, *Rapport National sur l'Etat et le Devenir de la Population au Bénin*, 335p
34. UNFPA, 2011 *Population et développement : quels défis pour le Bénin ?*, 169p.

## REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

1. Angenot, A., 2006, *Théorie du discours social*, mis en ligne le 15 septembre 2006, consulté le 11 février 2016.  
URL: <http://www.contextes.revues.org>
2. Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A., Rossier, C., 2013, « *Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains* », *Population* (Vol. 68), pp. 17-39  
URL : [www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-17.htm](http://www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-17.htm).  
DOI : [10.3917/popu.1301.0017](https://doi.org/10.3917/popu.1301.0017).
3. Bosa, B., 2011, « *Ce qui change et le déjà fait* », *Revue européenne des sciences sociales*, mis en ligne le 01 janvier 2015, consulté le 27 janvier 2016.  
URL : <http://ress.revues.org>
4. Chayet, D., 2012, *Contraception : prendre la pilule n'est pas sans risques*, consulté le 24 juillet 2013  
URL: <http://santé.lefigaro.fr/search/phlebitie>
5. Countdown, 2012, *La planification familiale sauve des vies et améliore la santé*, [www.countdown2015europe.org](http://www.countdown2015europe.org).
6. Consortium International de la Contraception d'Urgence, 2013, *Posologie et à quel moment prendre les comprimés de contraception d'urgence au lévonorgestrel*, New York,  
[www.emergencycontraception.org](http://www.emergencycontraception.org)
7. Consortium International de la Contraception d'Urgence, 2012, *Comment la pilule contraceptive d'urgence au lévonorgestrel seul permet-elle d'éviter une grossesse?* New York  
[www.emergencycontraception.org](http://www.emergencycontraception.org)

8. Dantier, B., 2008, *Synchronie, diachronie, structuralisme et histoire autour de la langue : Ferdinand de Saussure, Cours de linguistique générale*, Consulté le 15 janvier 2016 <http://classiques.uqac.ca/>
9. Dupond, P., 2007, la perception Merleau-Ponty au tour de la phénoménologie de la perception, Notes de cours, Philopsis Editions numériques, 33p.  
<http://www.philopsis.fr>
10. Hounyoton, H., B., 2009, *la protection de l'enfant vidomegon au Bénin : mythe ou réalité ? Université catholique de Lyon / UPMF Grenoble - Master 2 recherche*, consulté en juillet 2015.  
  
URL: [http://www.memoireonline.com/06/10/3564/m\\_La-protection-de-lenfant-vidomegon-au-Benin--mythe-ou-realite-7.html](http://www.memoireonline.com/06/10/3564/m_La-protection-de-lenfant-vidomegon-au-Benin--mythe-ou-realite-7.html)
11. Kpatchavi, C., A., 2015, Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin) : In Baxerres et *al.*, l'automédication et ses déterminants : Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou, l'automédication et ses déterminants, Mars 2015, Cotonou, Benin.  
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01336870>
12. Locoh, T., 2002, Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest,  
<http://www.un.org/esa/population/public>, INED, consulté le 19 mars 2016
13. Ouédraogo, D., 2006/2007, *les dynamiques démographiques*, Atlas de l'Intégration Régionale A en Afrique de l'Ouest, Série population, et mis en ligne sur le site [www.atlas-ouestafrique.org](http://www.atlas-ouestafrique.org)

- 14.Safar, J., 2013, *Le programme d'espacement des naissances au sultanat d'Oman*, Arabian Humanities, consulté le 18 août 2016  
URL: <http://cy.revues.org/1977>
- 15.Taieb, E. 2001, «*Persistance de la rumeur. Sociologie des rumeurs électroniques*»URL: <http://www.cairn.info/revue-reseaux-2001-2-page-231.htm>

# **ANNEXES**

# LES OUTILS DE COLLECTE D'INFORMATION

## 1- Guide d'entretien N°1 pour les autorités locales

Identification

Nom et prénoms

Sexe

Age

Situation matrimoniale

Activité professionnelle

Niveau d'instruction

### **Sous-thème1 : Discours autour des méthodes d'espacement des naissances**

- Signification de la maternité
- Connaissance des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances
- Connaissance des méthodes modernes d'espacement des naissances
- Informations sur la PF
- dénomination des contraceptifs
- différentes sources d'information sur les méthodes modernes d'espacement des naissances
- Crédibilité des sources d'information des méthodes modernes d'espacement des naissances
- Point de vue sur les méthodes modernes d'espacement des naissances
- Avantages et inconvénients de l'utilisation des méthodes modernes d'espacement des naissances
  - Contribution au bien-être de la famille
  - Contribution au bien-être de la communauté

### **Sous-thème 2 : Méthodes d'espacement des naissances et réduction des décès maternels**

- Décès des femmes en couches
- Causes de ces décès

- Mesure à prendre pour la réduction de ces décès
- Impact des décès maternels (sur la famille et la communauté)
- Utilisation de la contraception moderne et la réduction mortalité maternelle
- Mortalité maternelle et développement
- Autres structures intervenant dans la commune
- Rôle des autorités locales dans la promotion des services de PF

## **2- Guide d'entretien N° 2 pour les couples et les FAP**

Identification

Nom et prénoms

Sexe

Age

Situation matrimoniale

Activité professionnelle

Niveau d'instruction

### **Sous-thème 1 : Maternité**

- Signification de la maternité
- Importance de la maternité ou de la fécondité
- Désir ou influence sociale (implication des proches)
- Forte fécondité et faible fécondité

### **Sous-thème 2 : Discours autour des méthodes d'espacement des naissances**

- Connaissance des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances
- Connaissance des méthodes modernes d'espacement des naissances
- Termes locaux permettant de désigner les produits
- Traitement des femmes pratiquant la PF
- Différentes sources d'information sur les méthodes modernes d'espacement des naissances
- Crédibilité des sources d'information des méthodes modernes d'espacement des naissances
- Gestion des rumeurs sur les méthodes modernes d'espacement des naissances
- Point de vue sur les méthodes modernes d'espacement des naissances
- Décision de pratiquer la PF
- Utilisation des méthodes modernes d'espacement des naissances

### **Sous-thème 3 : Décision de pratiquer la contraception**

- Décision des conjoints par rapport à l'utilisation de la contraception moderne
  - La décision vient de la femme
  - La décision vient de l'homme
  - La décision vient du couple
- Influence de l'entourage sur l'utilisation de la contraception moderne
- Différents acteurs impliqués dans l'utilisation des méthodes d'espacement des naissances
- Accueil réservé dans les formations sanitaires de la PF
- Disponibilité des différents produits dans les services de PF

#### **Sous-thème 4 : Impact des méthodes modernes d'espacement des naissances**

- Rôle et responsabilité des femmes dans les ménages
- Contribution au bien-être de la famille
- Contribution au bien-être de la communauté
- Avantages et inconvénients de l'utilisation des méthodes modernes d'espacement des naissances
- Traitement réservé aux femmes sous contraceptifs
- Mauvaise expérience de la pratique contraceptive
- Utilisation des méthodes d'espacement des naissances et réduction de la mortalité maternelle
- Utilisation des méthodes d'espacement des naissances et réduction de la mortalité infantile
- Utilisation des méthodes d'espacement des naissances et autonomisation des femmes
- Utilisation des méthodes d'espacement des naissances et épanouissement de la famille

### **3- Guide d'entretien N°3 pour les sages-femmes et agents de santé**

Identification

Nom et prénoms

Sexe

Age

Situation matrimoniale

Activité professionnelle

Niveau d'instruction

#### **Sous-thème 1 : formation sur la PF**

- Point de vue sur les méthodes d'espacement des naissances :
  - Méthodes naturelles et traditionnelles
  - Méthodes modernes
- Formation continue des sages-femmes sur la PF
- Différents services proposés aux femmes
- Prédipositions avant l'utilisation des méthodes modernes d'espacement des naissances
- Position du conjoint par rapport à l'utilisation de la contraception moderne

#### **Sous-thème 2 : Discours autour des méthodes d'espacement des naissances**

- Point de vue sur les rumeurs sur des méthodes modernes d'espacement des naissances
- Gestion des différents discours sur des méthodes modernes d'espacement des naissances
- Influence des discours sur l'utilisation de la contraception moderne
- Causes de la non adoption des méthodes
- Intérêts de l'utilisation de la contraception moderne
- Utilisation future de la contraception moderne
- Structures intervenants (actions menées, résultats)

#### **Sous-thème 3 : mortalité maternelle**

- Fréquence des décès des femmes en couches
- Les principales causes dans la localité
- Sensibilisation sur ce fléau
- Utilisation de la contraception moderne et réduction de la mortalité maternelle et infantile

## **GRILLE D'OBSERVATION**

### **Qui :**

- FAP ;
- Enfants ;
- Sages-femmes chargées des services de PF ;
- Hommes.

### **Quoi :**

- Fonctionnement des services de PF ;
- Locaux des services de PF ;
- Equipements, matériels et consommables médicaux utilisés pour la prestation des services ;
- Supports de communication utilisés pour la sensibilisation et le counseling avec les clientes
- Personnel disponible pour l'offre des services ;
- Produits contraceptifs disponibles ;
- Données statistiques disponibles ;
- Interactions entre les femmes utilisatrices des services de PF et les agents chargés de ces services ;
- Conditions de vie des femmes utilisatrices et non utilisatrices de PF ;
- Taille des familles ;
- Rassemblement dans le cadre de sensibilisation sur les méthodes modernes d'espacement de naissance.

**Où :**

- Ménages ;
- Services de PF au niveau des maternités ;

**Quand :**

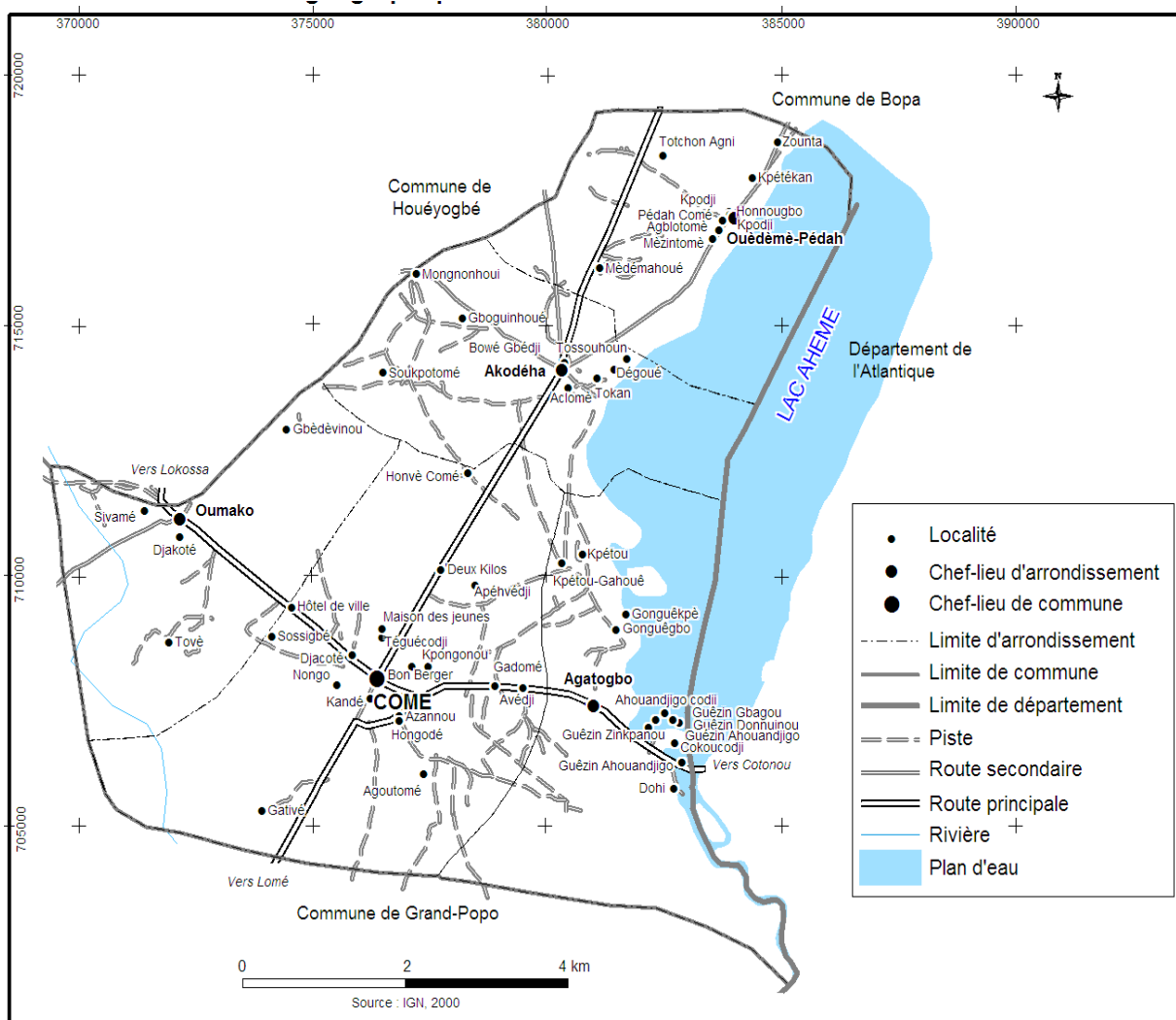
- au cours des échanges ;
- pendant les activités des associations des femmes ;
- dans les espaces publics, etc.

**Les centres de documentation visités**

Numéro d'ordre	Centre de documentation	Documents Obtenus	Informations obtenues
1	Bibliothèque universitaire	Livres	Informations méthodologiques, Information sur la PF
2	Centre de documentation de La FLASH	Mémoires, thèses	Informations méthodologiques, Information sur la PF
3	Centre de documentation du système des Nations-Unies	Livres, Articles,	Information sur la PF
4	Internet	Livres, Articles, Mémoires, thèses	Information sur la PF
5	Centre de documentation du Ministère de la Santé	Livres, Articles, Mémoires, thèses	Information sur la PF

Source : ALIHONOU

# Titre : Carte de la commune de Comé



Source : Mairie de Comé

**Tableau III:** Effectifs des femmes sous contraceptifs à la maternité centrale de Comé par année

Année	2010	2011	2013	2014	2015	Total
Nombre de femmes	102	163	442	291	216	1214

Source : maternité de Comé

# TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	ii
DEDICACE .....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	v
LISTE DES PHOTOS.....	vi
LISTE DES ENCADRES .....	vi
RESUME .....	vii
CHAPITRE I : CONSTUCTION THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....	3
1.1  Espace des naissances comme élément de problématisation de la recherche.....	4
1.2  Hypothèses de recherche.....	7
1.3  Objectifs de recherche.....	7
1.4  Clarification de quelques mots clés .....	7
1.5  Etat de la question.....	10
1.6-  Modèle d'analyse.....	16
CHAPITRE II : APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE...18	
2.1-  Justification du choix de l'étude.....	18
2.2-  Nature de la recherche.....	18
2.3-  Echantillonnage .....	19
2.4-  Techniques, Outils et Collecte des données.....	19
2.4.1-  L'entretien semi-structure .....	22
2.4.2-  Pré-enquête .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
2.4.3-  Enquête intensive .....	24
2.5-  Observation directe .....	22
2.6-  Technique de traitement et d'analyse .....	23
2.7-  Capture d'images .....	23
2.8-  Aspect éthique de la recherche.....	24
2.9-  Difficulté rencontrée .....	25
CHAPITRE III : CONTEXTE D'EMERGENCE DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE A COME.....	26

3.1- Historique et Population.....	26
3.2- Situation géographique .....	27
3.3- Les activités socio-économiques .....	27
3.6- Méthodes endogènes d'espacement des naissances .....	31
3.7- Méthodes modernes d'espacement des naissances chez les vendeurs de médicaments de rue.....	32
<b>CHAPITRE IV : DIFFERENTS PROPOS AU TOUR DES METHODES MODERNES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES .....</b>	<b>36</b>
4.1- Opinions des hommes autour des méthodes modernes de la planification des naissances .....	37
4.2- Appréciation des Femmes .....	41
4.4 Avis des agents CPS.....	46
4.5 Offre de la contraception en contexte chimique .....	47
4.6- Pratique contraceptive sans consentement du couple.....	50
4.7- Logique de préférence d'un enfant de sexe masculin ou féminin .....	53
4.8- Descendance nombreuse et émergence de nouvelles attitudes reproductives.....	55
<b>CHAPITRE V : PRATIQUES LOCALES ET GLOBALES EN MATIERE DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES .....</b>	<b>62</b>
5.1- Pratiques contraceptives recensées chez les femmes .....	62
5.2- Avortements provoqués : choix pour réguler les naissances des enfants .....	72
5.3- Influence de l'émancipation des femmes sur l'espacement des naissances .....	74
5.4- Participation des autorités locales à la promotion de la pratique contraceptive .....	75
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>89</b>
<b>LES OUTILS DE COLLECTE D'INFORMATION.....</b>	<b>90</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>99</b>