



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

« Espaces, Cultures et Développement »

Filière : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE

Option : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

N° d'Enregistrement :/EDP/FLASH/UAC

THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE : ELEMENT
D'UNE BONNE GESTION DE LA SANTE REPRODUCTIVE EN
MILIEU MAXI DE SAVALOU AU BENIN

Soutenue publiquement le 20 juin 2016 par :

DANDJI Gbènakpon Gildas Innocent

Directeur de thèse :

Albert TINGBE-AZALOU

Maître de Conférences/CAMES

Jury de Soutenance :

Président : **M. Flavien GBETO**, Professeur Titulaire, UAC (Bénin)

Rapporteur : **M. Albert TINGBE-AZALOU** Maître de Conférences, UAC (Bénin)

Examineurs : 1- **M. Issiaka KONE**, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, (Côte d'Ivoire)

2- **Mme. Elisabeth FOURN**, Maître de Conférences, UAC (Bénin)

3- **M. Kokou GBEMOU**, Maître de Conférences, Université de Lomé (Togo)

Mention : Très Honorable à l'unanimité

Juin 2016

SOMMAIRE

DEDICACE	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ACRONYMES	6
LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES GRAPHIQUES.....	9
LISTE DES TABLEAUX.....	10
RESUME.....	11
INTRODUCTION GENERALE.....	13
PREMIERE PARTIE	21
CHAPITRE I: MAXI DE SAVALOU A L'EPREUVE DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.....	22
CHAPITRE II: APPROCHES EXPLICATIVES DE LA CONTRACEPTION ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	72
CHAPITRE III: CHAMP D'INVESTIGATION ET HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE	120
DEUXIEME PARTIE	162
CHAPITRE IV: DE LA PERCEPTION AU VECU DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LE MAXI DE SAVALOU	164
CHAPITRE V: DETERMINANTS DE LA NON PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE	200
CHAPITRE VI: ACTEURS ET PROBLEMATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	225
CONCLUSION GENERALE.....	255
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	260
ANNEXES	280

DEDICACE

A ma mère Célestine AGBANKPE,

A mon père Joseph DANDJI,

A Rufine Mèfato DOSSOU et nos enfants Hillary, Andy et Eddy.

REMERCIEMENTS

Les chaleureux remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche. Nous pensons à :

- monsieur Albert TINGBE AZALOU Maître de conférence des universités CAMES, mon Directeur de thèse, pour sa disponibilité et sa profonde contribution, indispensables à la réalisation de ce travail ;
- tous les enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire (EDP) de la FLASH et de son Directeur ;
- madame Monique OUASSAKOUARO, vous avez témoigné une volonté exceptionnelle en acceptant de m'assister et de m'orienter voici enfin le fruit de vos conseils et de votre rigueur ;
- monsieur Adolphe KPATCHAVI, Maître de conférence à la FLASH/ UAC qui, tout au long de l'élaboration de ce document, n'a ménagé aucun effort pour nous prodiguer de sages conseils et des orientations ;
- tous les enseignements du département de Sociologie et Anthropologie qui ont su par leurs savoirs et savoirs faire nous montrer le chemin de la recherche scientifique ;
- mon épouse pour sa patience et son sens très poussé de discernement à mon égard et surtout pour son soutien moral, matériel et financier face aux obstacles rencontrés au cours de la recherche, infiniment merci ;
- mes enfants qui me donnent chaque fois l'envie et la joie de vivre ;
- ma belle-mère et mon beau père pour le soutien, pour la patience et les sages conseils ;

- tous nos amis de la promotion de DEA, de qui nous avons gardé de très bons souvenirs ;
- mes amis Alexandre, Olivier, Claude, Hervé, Ella, Jacqueline, Mireille, Céphise, Alphonse, recevez le fruit de vos conseils et assistance ;
- tous nos frères et sœurs, Jeanne, Yvette, Yves, Hervé, Edith, Jules, Estelle, Orianne, Romaric et Simone, pour le soutien fraternel, moral et matériel ;
- tous mes neveux, cousins et parents proches pour leurs soutiens fraternels ;
- monsieur le directeur de l'hôpital de zone de la commune de Savalou et son personnel, pour leur disponibilité et leur collaboration ;
- madame la responsable du centre de documentation de la mairie de Savalou ;
- tous les étudiants qui nous ont aidés pour la collecte des données ;
- tous nos informateurs pour leur disponibilité et leur sens d'ouverture à nous fournir les informations utiles ;
- tous les amis de l'institut français pour leur collaboration ;
- tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à ce travail : que Dieu vous bénisse et vous comble de tous ses bienfaits ;
- tous les amis, moniteurs du département de Sociologie Anthropologie de l'Université d'Abomey-Calavi.

SIGLES ET ACRONYMES

ABCN	: Association Britannique pour le Contrôle des Naissances
ABPF	: Association Béninoise pour la Planification Familiale
ASS	: Annuaire des Statistiques Sanitaires
BM	: Banque Mondiale
CAMES	: Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CAP	: Connaissance Attitude et Pratique
CCS	: Centre Communal de Santé
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMF	: Conférence Mondiale sur les Femmes
CNBF	: Conseil National du Bénin pour la promotion de la famille
COGECS	: Comité de Gestion des Centres de Santé
CPN	: Consultation Pré Natale
CSA	: Centre de Santé d'Arrondissement
DEA	: Diplôme d'Etudes Approfondies
DEPOLIPO	: Déclaration de la Politique de Population
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DS-A	: Département de Sociologie-Anthropologie
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EDSB	: Enquête Démographique et de Santé du Bénin
FHI	: Family Health International
FLASH	: Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines
FMI	: Fonds Monétaire International
FPA	: Family Planning Association

FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
IEC	: Information Education Communication
INSAE	: Institut National de Statistiques et d'Analyse Economique
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PDC	: Plan de Développement de la Commune
PF	: Planification Familiale
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PUF	: Presse Universitaire Française
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SR	: Santé de la Reproduction
UAC	: Université d'Abomey- Calavi
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence des Etats -Unis pour le Développement International
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humain

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Situation administrative de la commune de Savalou	103
Figure 2: Cadre analytique.....	201

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Répartition (%) selon le niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives traditionnelles (N=627).....	167
Graphique 2: Répartition (%) selon le niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives modernes (N=627)	168
Graphique 3: Répartition (%) des enquêtés selon leurs pratiques contraceptives (N=627).....	175
Graphique 4: Raisons (%) du recours à la planification familiale à Savalou (N=627).....	186
Graphique 5: Sources (%) du nombre d'enfants désirés selon les maxi de Savalou (N=215).....	192
Graphique 6: Répartition (%) des enquêtés selon leurs attitudes face aux méthodes modernes de contraception (N=627).....	194
Graphique 7: Répartition (%) selon les discours sur les méthodes contraceptives (N=637).....	214
Graphique 8: Répartition des femmes selon leur revenu mensuel (N=215).....	244
Graphique 9: Répartition (%) selon les recours aux lieux de soins (N=215).....	245
Graphique 10: Répartition (%) selon les causes des avortements (N=215)	247

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Récapitulation de la recherche documentaire.....	96
Tableau II: Répartition des enquêtés par groupes cibles	102
Tableau III: Synthèse des choix méthodologiques.....	119
Tableau IV: Méthodes naturelles modernes	169
Tableau V: Méthodes modernes non-médicales	169
Tableau VI: Méthodes modernes médicales.....	171
Tableau VII: Analyse comparative des méthodes endogènes et modernes de contraception	174
Tableau VIII: Répartition des hommes selon les obstacles cités des méthodes modernes de contraception	204
Tableau IX: Répartition des femmes selon les obstacles cités des méthodes modernes de contraception	205

RESUME

Les années 1970 ont été marquées par le souci de politiques natalistes afin de concilier faits de population et développement économique et social. Ainsi, des moyens modernes sont fournis aux acteurs sociaux pour le contrôle de leurs fécondités aux fins d'avoir le nombre d'enfants voulus. Pourtant, malgré la forte publicité et les avantages professés, peu de familles adoptent ces méthodes de planification familiale. Les déterminants culturels, religieux, sociologiques, anthropologiques etc. en disent long. Il est alors nécessaire de reconstruire les fondements de la faible utilisation des méthodes contraceptives et de repositionner le débat sur la santé de la mère et de l'enfant sous l'angle des nouveaux enjeux socioéconomiques. De nature qualitative et quantitative, cette recherche a mobilisé des techniques telles que l'entretien, le questionnaire, l'observation, l'histoire de vie pour collecter les données auprès de 627 acteurs constitués sur la base des choix raisonné et aléatoire. Elle s'est inscrite dans les théories malthusiennes, néomalthusiennes, microéconomiques de la famille, d'Easterlin et féministes. A l'issue de cette recherche faite à Savalou en République du Bénin, il se révèle que la planification familiale, au regard des enjeux de population et de la santé reproductrice se hisse au premier rang au sein des politiques publiques de santé pour un repositionnement du couple santé/développement. Les déterminants culturels émanant de l'histoire des communautés, les politiques publiques de santé faiblement défendues au niveau local et la marginalisation du masculin dans les stratégies de promotion de la planification familiale justifient le faible taux des pratiques contraceptives observées. La présente thèse est une contribution qui permet aux acteurs sociaux, politiques et institutionnels de mieux cerner les représentations sociales liées à la pratique de la planification familiale et, par-delà, les facteurs qui freinent son adoption en milieu Maxi de Savalou.

Mots clés : Planification familiale, représentations sociales, santé reproductive, Maxi de Savalou

ABSTRACT

The 1970s were marked by a concern natalist policies to reconcile population of facts and economic and social development. Thus, modern means are provided to players for social control their fertility in order to have the desired number of children. Yet despite strong advertising and faculty benefits, few families adopt these methods of family planning. Cultural determinants, religious, sociological, anthropological etc. speak volumes. It is then necessary to rebuild the foundations of the low use of contraceptives and reposition the debate on the health of mother and child in terms of new socio-economic issues. Qualitative and quantitative nature, this research has mobilized techniques such as interview, questionnaire, observation, life history to collect data from 627 actors formed on the basis of reasoned and random choice. She enrolled in the Malthusian, microeconomic family, Easterlin and feminists. At the end of the research done at Savalou in Benin Republic, it appears that family planning, in terms of population issues and reproductive health has risen to the forefront in political public health for positioning torque health/development. Cultural determinants from the history of communities, weakly defended healthy public policy at the local level and the marginalization of men in strategies to promote family planning warrant low observed contraceptive practices. This thesis is a contribution which allows social actors, political and institutional better understand the social representations related to the practice of family planning and, beyond, the factors that hinder its adoption in mid Maxi for Savalou.

Keywords : Family planning, social representations, reproductive health, Maxi for Savalou

INTRODUCTION GENERALE

Le débat sur la question de la planification familiale reste d'actualité. En effet, selon les estimations du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), la population mondiale a atteint deux (02) Milliards en 1960, trois (03) Milliards en 1974, cinq (05) Milliards en 1987, six (06) Milliards en 1999. Elle sera comprise entre 7,3 et 10,7 Milliards en 2050. Cette population mondiale augmente au rythme de 78 Millions d'âmes par an et les pays en développement représentent plus de 95% de la croissance démographique. Sur 4,8 Milliards d'habitants dans ces pays, près de 3/5 vivent dans des conditions d'hygiène précaires tandis que le 1/3 n'a pas accès aux soins de santé primaire. Le 1/5 des enfants quitte l'école avant la fin du cycle primaire et le 1/5 environ est soumis à un régime alimentaire insuffisant.

A l'heure où les prévisions démographiques et économiques inquiètent, la couverture sanitaire est des plus défectueuses (moins de un médecin pour 1000 habitants), l'analphabétisme, la misère, la faim, résistent en dépit des efforts des autorités compétentes.

L'une des priorités des projets de développement est celle qui devrait, en toute quiétude, aboutir à la protection de l'enfant et de la mère, et partout garantir la survie des ressources humaines dans les villes et campagnes.

Le milieu rural a besoin de bras valides pour se développer. Certes il ne fait aucun doute que dans un ménage où les charges familiales sont plus importantes que les ressources, l'issue est catastrophique. Ceci est aussi vrai pour le pays entier. Les parents sont confrontés aux charges familiales et autres défis tels que les problèmes de santé, d'éducation (aller à l'école), d'emploi, d'hébergement, etc.

En milieu "Maxi" de Savalou, l'idée dominante est : il faut beaucoup d'enfants pour assurer la survie du groupe, les femmes sont fières d'en mettre autant que possible au monde. Un véritable opprobre pèse sur la stérilité. Mais faire beaucoup d'enfants ne signifierait pas du moins procréer en désordre ? La conséquence est qu'on assiste à beaucoup de décès dès le bas âge (57,09 décès /1000 naissances, Unicef, 2000).

Depuis toujours, les sociétés ont affronté de diverses manières les problèmes de la maîtrise de la conception. Elles ont donc éprouvé le besoin de n'avoir que des enfants désirés, refusant ainsi de considérer l'acte sexuel comme étant uniquement un moyen d'avoir des enfants (les méthodes traditionnelles).

Mais certains hommes pour ne pas faire d'enfant ou pour éviter la grossesse et régler le problème d'espacement des naissances pratiquaient le coït interrompu. D'autres méthodes nous ont été signalées comme l'abstinence aux rapports

sexuels, la polygamie, l'allaitement continu de l'enfant au sein. Mais force est de reconnaître que la pratique de ces méthodes naturelles d'espacement des naissances n'est pas bien rassurante donc elle doit désormais céder place à l'adoption des méthodes modernes de planification.

Pour les Africains, une natalité nombreuse était indispensable parce que les enfants constituent une source de revenu et qu'ils apportent par leur travail champêtre et le mariage une contribution au bien-être familial. Ce faisant, c'est un concours important qui est apporté non seulement à l'émergence familiale mais aussi au développement du village. Ainsi, aucun discours démographique n'empêcherait les Africains de faire des enfants. C'est en reconnaissant avec eux que l'enfant est source d'espoir et que la crise est porteuse de solution à la crise que l'on pourrait avancer. La première chose à leur enseigner est que la mort d'un enfant est la mort d'un espoir (Adotevi, 1977). Cependant, depuis quelques années, l'on commence à compter plusieurs pays qui sont de plus en plus favorables à considérer les arguments présentés en faveur d'un contrôle de leur fécondité et accepter, voire à solliciter, des missions internationales pour réfléchir ou mettre au point un programme et une politique démographique capables de relancer leur économie trébuchante et subvenir aux besoins des peuples pour leur bien-être. Qu'est qui peut justifier le changement de l'attitude africaine ? L'Afrique a-t-elle besoin de contrôler sa fécondité ? Dans quel cadre

et quelle condition doit-on considérer ce contrôle démographique ? Toutes ces questions et tant d'autres encore méritent une attention particulière et des réponses d'autant plus urgentes que délicates.

La population béninoise est aujourd'hui estimée à dix millions d'habitants (INSAE, 2012). Elle est prévue d'après les différentes hypothèses de perspectives démographiques à doubler d'ici 2025. La structure de la population et son évolution actuelle et future posent et poseront d'énormes problèmes socioéconomiques : éducation, santé, alimentation, emploi, hébergement.

De nos jours, la démographie galopante détermine l'ampleur des problèmes de population qui interpelle l'état béninois à qui incombe le devoir de promouvoir le bien-être des individus et des collectivités par respect à notre constitution. Face à cet état de chose, les gouvernements successifs ont adopté des politiques de population avec des partenaires à savoir (ABMS, PSI, FNUAP PROFAM etc.) des politiques dont la mise en œuvre conduira au développement harmonieux du pays et facilitera la lutte contre la pauvreté afin d'améliorer les conditions et le niveau de vie socio-économique pour l'atteinte des objectifs du millénaire.

Le niveau de la fécondité influe considérablement sur la croissance de la population du pays qui repose presque exclusivement sur l'accroissement

naturel. En effet, on constate au Bénin, qu'il y a un déséquilibre entre le développement socio-économique et la croissance démographique ; et ceci ne fait qu'enfoncer le pays dans l'extrême pauvreté. L'historien Kermedy poussait un cri d'alarme lorsqu'il affirme : « il existe aujourd'hui une faille démographique et technologique qui coupe notre planète. D'un côté de cette ligne se trouvent les sociétés démographiques rapides composées d'adolescents désavantagés sur le plan des ressources humaines et de l'éducation ». Aujourd'hui, tous les acteurs du développement reconnaissent que l'Afrique, pour répondre aux grands rendez-vous de la mondialisation, doit contrôler sa fécondité. La priorité devait être accordée à la sensibilisation sur l'acceptation et l'utilisation des nouvelles méthodes de planification familiale

La planification familiale est la combinaison d'une éducation du couple et la fourniture de technique contraceptive et médicale leur permettant d'avoir le nombre d'enfants voulu. Elle n'est pas synonyme de limitation des naissances ou de l'utilisation abusive des méthodes contraceptives tant traditionnelles que modernes.

Au niveau international, sous le parrainage de l'ONU, trois grandes assemblées ont été organisées afin de réfléchir sur les problèmes de la population et du développement social. Il s'agit de la conférence internationale sur la population et le développement en septembre 1994 au Caire (Egypte). C'est durant cette

conférence que la notion de santé et de droit reproductif a été clairement définie pour la première fois. C'est-à-dire que les hommes et les femmes ont le droit d'être informé et aussi d'adopter des méthodes de contraception de leur choix qui sont sans dangers.

Dans tous les pays du monde, de nombreuses catégories de personnes travaillent ensemble pour initier et faire fonctionner des programmes de planification familiale. Ces professionnels sont interdisciplinaires. Les équipes sont formées de médecins, de sage-femme, d'infirmières, d'agents communautaires, d'éducateurs en santé, de pharmaciens et d'assistants sociaux. Il faut aussi inclure le personnel de planification familiale, les bénévoles, les enseignants et les distributeurs postés en milieu communautaire.

Cependant, les travaux de ces agents de la planification se heurtent en milieu rural à de nombreux problèmes, entre autres les considérations socioculturelles et religieuses. Mais que faire, afin de démontrer à cette couche les avantages de l'adoption de la planification familiale ?

A travers ce travail, il est question de montrer que, contrairement aux fausses rumeurs, les nouvelles méthodes de planification familiale ont pour but de sauvegarder la santé de la mère et de l'enfant, priorité des gouvernants. C'est un droit pour la femme de tout savoir sur elle-même, de décider librement avec son

mari d'avoir ou de ne pas avoir un enfant. Si c'est son droit, c'est également le devoir des autres de mettre à sa disposition toutes les informations nécessaires à son éducation.

En s'intéressant à un cas particulier comme celui de la commune de Savalou, milieu rural dans le département des collines, la question est de savoir : quels sont les facteurs qui de par leurs effets déterminent dans une certaine mesure, la réticence des communautés vis-à-vis de l'utilisation des méthodes contraceptives ? C'est du reste la question initiale qui fait d'une telle, une polémique à investiguer à partir d'un cadre paradigmatique qui concilie les approches historiques, sociologiques et anthropologiques.

La première partie est intitulée "considérations générales du travail". Elle intègre après l'introduction le cadre théorique (premier chapitre) qui comprend le ciblage de la problématique, l'approche conceptuelle, la revue critique de la littérature et la spécification du modèle théorique d'analyse. Le deuxième chapitre est relatif aux conditions méthodologiques du travail, il met l'accent sur l'itinéraire scientifique emprunté et aussi sur les questions d'échantillonnage, les techniques et outils de collecte de donnée, l'organisation des enquêtes du terrain et les techniques de dépouillement ainsi que les contraintes et limites de la recherche. Le troisième chapitre, prend en compte les caractéristiques socioéconomiques, démographiques et géographiques du secteur d'investigation.

La deuxième partie du travail renvoie aux considérations analytiques et fait état de la présentation des résultats d'enquêtes et de leurs analyses et interprétations. Cette partie comporte aussi trois chapitres. Le premier qui est le chapitre IV retrace la perception et le vécu des méthodes contraceptives chez le maxi de Savalou. Le second qui est le chapitre cinq apprécie les déterminants de la planification familiale. Le dernier chapitre décrit les acteurs et fait une analyse de la problématique de la planification familiale.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I : MAXI DE SAVALOU A L'EPREUVE DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

Sur la démographie africaine ces deux dernières décennies, il existe de multiples travaux réalisés sur les niveaux, tendances et déterminants de la fécondité. Il apparaît aujourd'hui d'après les résultats de ces travaux que c'est en Afrique subsaharienne que le défi démographique est le plus difficile à relever. Au Bénin, et plus précisément en milieu rural, la prévalence contraceptive est encore très faible (environ 9%, EDS, 2014). Le passage d'une fécondité naturelle à une fécondité contrôlée tarde à se réaliser. Dans ce chapitre, les principales articulations traitant successivement de la problématique, des hypothèses, des objectifs, de l'opérationnalisation des concepts, des raisons du choix du sujet, de la revue critique de littérature, des aspects théoriques sur la pratique contraceptive et des modèles d'analyse explicative ont été exposées.

I.1. Problématique

Ces six dernières décennies, l'Asie et l'Amérique latine ont enregistré un déclin de fécondité généralisé. Selon le FNUAP entre le début des années 1950 et celui des années 2000, l'indice synthétique de fécondité (c'est-à-dire le nombre moyen de naissances vivantes qu'aurait une femme durant sa vie sous taux de

fécondité constants) est tombé de 5,7 à 2,4 naissances par femme en Asie et de 5,9 à 2,3 naissances en Amérique latine. Dans ces milieux, quelques pays seulement présentent encore des indices de fécondité supérieurs à quatre naissances par femme. En Afrique subsaharienne pourtant, la fécondité reste élevée dans la plupart des pays. Malgré l'enregistrement d'un certain déclin, l'indice synthétique de fécondité moyen durant la période 2005–2010 demeure supérieure à 5,1 naissances par femme, soit plus du double des niveaux observés en Asie et en Amérique latine. Plusieurs facteurs contribuent à la hauteur de cet indice dans cette partie de l'Afrique. Par rapport à celles d'Asie et d'Amérique latine, les communautés du continent africain sont en moyenne plus pauvres, moins instruites et plus vulnérables à la mortalité infantile. Ces déterminants contribuent à un désir de familles nombreuses, qui explique à son tour les indices de fécondité élevés. A cela s'ajoute, à quelques exceptions près, la faible priorité accordée par les gouvernements d'Afrique subsaharienne aux programmes de planification familiale. Le maintien d'une fécondité élevée, combinée à une mortalité inférieure à celle attendue de l'épidémie du sida, donne lieu à une démographie galopante. A l'horizon 2050, l'Afrique subsaharienne comptera d'après les projections moyennes de l'ONU, un milliard d'habitants de plus qu'en 2005. Ces enjeux et défis en matière de questions de

population et de développement ont conduit à d'importantes résolutions stratégiques pour infléchir les tendances à la forte natalité.

Lors du Sommet Mondial de 2005, les gouvernements se sont engagés à « réaliser l'accès universel à la santé reproductive d'ici 2015, tel que décidé à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement ». Son importance a été validée lors de la Haute Séance plénière de la 65ème session de l'Assemblée Générale sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Les gouvernements ont alors pris l'engagement de s'assurer que toutes les femmes, ainsi que les hommes et les jeunes soient informés, aient accès et puissent choisir parmi la plus grande variété de méthodes sûres, efficaces, accessibles et acceptables de planning familial.

En 2010, l'examen des engagements permet de noter que d'importants progrès ont été accomplis dans de nombreux pays en matière d'accès à la santé de la reproduction et de développement. Cependant, pour une grande partie de l'Afrique subsaharienne, l'examen de l'atteinte des OMD a révélé des insuffisances. Les progrès ont été particulièrement lents en ce qui concerne l'objectif 5 relatif à l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et à l'accès universel aux services de santé de la reproduction. Selon les statistiques, entre 15 et 30% de la demande en matière de planification familiale demeurent insatisfaites dans les pays de la région ; ce qui a pour implications, de minorer

l'ensemble des efforts réalisés en faveur de la santé, de la lutte contre la pauvreté et le développement, du fait de la croissance accélérée de la population et de la faible contribution des femmes au processus de développement.

Soucieux des défis et tenant compte des engagements pris dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action du Caire, les gouvernements des pays membres de l'UEMOA avec l'appui des partenaires techniques se sont réunis en février 2011 à Ouagadougou dans le but de contribuer à réduire d'ici 2015, le taux de mortalité maternelle et le niveau des besoins non couverts en planification familiale d'au moins 25% pour l'ensemble de l'Afrique ouest francophone. A cet effet, différentes mesures ont été prises à savoir : - intégrer systématiquement les questions de population, de même que la santé de reproduction et la planification familiale, dans les plans nationaux de développement et dans les stratégies pour la croissance et la réduction de la pauvreté ; - accélérer la mise en œuvre des stratégies nationales en matière de santé de la reproduction et de planification familiale en vue de répondre aux besoins non satisfaits exprimés par les populations, dans le cadre des bonnes pratiques identifiées à la conférence de Ouagadougou ; - diffuser, de manière continue, des messages culturellement adaptés sur les questions démographiques et la planification familiale en vue de promouvoir des changements majeurs dans les mentalités et les comportements en matière de procréation, en mettant l'accent sur la qualité

de vie ; – augmenter de 30% le nombre de professionnels de santé ayant les capacités et autorisés à offrir la gamme des services de planification familiale et de santé de la reproduction ; – assurer une augmentation régulière de la contribution des budgets nationaux à la prise en charge des coûts des produits contraceptifs ; - assurer la décentralisation, la démedicalisation et la démocratisation progressives des services ; – assurer de façon régulière, le suivi-évaluation des actions et des mesures mises en œuvre afin de garantir la réalisation de l'objectif visant à réduire, d'ici à 2015, le taux de mortalité maternelle et le niveau des besoins non couverts en planification familiale d'au moins 25% pour l'ensemble de la région ; – relever l'ancrage institutionnel de la planification familiale dans le but d'un engagement plus haut.

Il s'ensuit, au regard de ces instructions, que la planification familiale est un instrument d'épanouissement des communautés et un outil de croissance économique et de développement. Elle constitue, au nombre des nombreuses technologies disponibles pour améliorer les conditions de vie de la population, l'une des interventions les plus rentables, générant des bénéfices durables de santé pour les femmes, les familles, les nations et le monde entier. Malgré les nombreux efforts tant au plan international que national, la planification familiale demeure hors de portée pour de nombreux couples à bas revenu. Selon les statistiques, plus de 200 millions de couples dans les pays supposés en voie

de développement ne peuvent contrôler ni le nombre ni l'écart entre leurs grossesses. Dans certains pays d'Afrique au sud du Sahara, le niveau de besoins insatisfaits en planification familiale dépasse celui d'usage contraceptif.

Au Bénin, après la conférence internationale du Caire sur la population et le développement, a adopté le concept de "la santé de la reproduction" (SR). Des programmes avec des stratégies ont été mis en œuvre sur le plan national. A titre d'exemples : le Projet Bien-être, la maternité sans risque, les actions de l'ONG américaine PSI/ABMS, la ligne de crédit du budget national ; 50 à 80 millions pour approvisionnement de contraceptifs, des programmes de mobilisations sociales et d'IEC/CCC. Autant d'actions pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant et particulièrement pour la planification familiale qui joue un rôle important dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Depuis Mai 1996, après la DEPOLIPO (Déclaration de la Politique de Population) et malgré les différentes actions menées, le taux de prévalence contraceptive est demeuré faible. Il était de 3% en 1996 selon l'EDS I et 8% en 2012 (EDS III). Ces taux sont assez faibles comparés à ceux des pays développés qui est de 58% (RPD : population Référence Bureau 2005). Cette évolution explique la mentalité pro nataliste des pays africains et en particulier ceux de l'Afrique subsaharienne dont fait partie le Bénin. De façon générale, la population mondiale a connu une évolution remarquable ces deux dernières

décennies. Sa croissance s'est particulièrement accrue au point où en octobre 2011, selon l'UNPFA, elle a atteint les 7 milliards d'individus. Cette croissance touche surtout les pays de l'Afrique subsaharienne qui sont réputés pour leur fort taux de fécondité. Selon les données de l'INSAE, de 1910 à 1950, le taux de croissance au Bénin était de 1,8% ; de 1979 à 1992, elle est passée à 2,8%. Entre 1992 et 2002, elle a atteint 3,2%. A ce rythme, la population Béninoise a évolué de 878 personnes en 1910 à 6.769. 914 en 2002 (EDSII) : une poussée démographique importante. Elle avoisine 9 millions en 2011, population essentiellement jeune. Les femmes représentent 51,5% dont celles en âge de procréer pour la plupart sont sexuellement actives. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est très élevé 3,7 enfants/femme en 2001 et 5, 7 naissances/femme selon EDS III 2006. (ISF c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants survivants par femme mariée de 15 à 49 ans est assez élevé). Notons que l'ISF dans les régions plus développées est de 1,6 enfant par femme. En réalité ces données sont influencées par le niveau d'instruction et varient selon les milieux : le milieu urbain crée particulièrement des conditions d'une fécondité plus faible contrairement au milieu rural.

9 millions de Béninois posent le problème des défis à relever par rapport aux différents besoins à pourvoir sur le plan sanitaire, éducationnel, nutritionnel, etc. Au même moment les 10 millions de béninois dont une grande partie des jeunes

constituent une opportunité pour accroître la production, puisque selon Bodin (1576), « il n'y a de richesse que d'homme ». Cependant, il se pose également le problème d'adéquation croissance démographique et ressources matérielles. Dans la sous- région ouest-africaine et au Bénin plusieurs actions ont été effectuées pour réduire les taux de mortalité maternelle et infantile qui selon EDS III, sont respectivement de 397 décès pour 100 000 naissances et 164 décès sur 1.000 naissances. Ces indicateurs qui demeurent élevés ont des causes multiples à rechercher.

Au même moment la prévalence contraceptive nationale est à 8%. On note une fréquentation accrue des services de planification familiale. Les données chiffrées sont plus expressives. Dans les dix dernières années, l'utilisation des méthodes contraceptives a quasiment triplé. Devenue depuis quelques années un impératif de développement, l'autonomisation de la femme est à l'origine d'initiatives aussi variées que les microcrédits, la gratuité de la césarienne et des frais de scolarité au profit des filles. Mais, pour parvenir à concrétiser cette ambition, la planification familiale se révèle un atout en dépit des résistances auxquelles elle se trouve confrontée.

Cette situation n'est pas encore vécue par la majorité des femmes béninoises dont l'âge moyen d'entrée en union est de 18,6 ans, selon l'Enquête démographique de santé (EDS) 2012. Prises dans l'état de l'ignorance, des

préceptes religieux et des considérations socioculturelles, seulement 8 femmes en union sur 100 (8%) et 16 non en union mais sexuellement actives sur 100 (16%) utilisent une méthode moderne de contraception et en expérimentent les avantages.

Si les discours publics ont vanté les mérites de la planification familiale et justifié sa relation nécessaire à la santé reproductive, comment s'explique alors la réticence à sa pratique chez les maxi de Savalou ? Mieux, comment l'univers socioculturel maxi entrave-t-il la pratique contraceptive chez les acteurs ?

La réponse à ces questions a permis de baliser le chemin de la recherche, de cerner les raisons de la faible utilisation des méthodes contraceptives et l'importance de la planification familiale.

Pour y parvenir, des hypothèses ont été avancées et des objectifs fixés.

I.1.1. Hypothèses de travail

Dans le cadre de cette recherche, la formulation des hypothèses oblige à quitter l'étape exclusivement descriptive pour atteindre une dimension explicative et compréhensive, autrement dit un niveau scientifique. Ainsi les hypothèses se présentent comme suit :

- ✓ les comportements socioculturels et psychologiques sont à la base de la faible utilisation des moyens modernes de la planification familiale en milieu maxi de Savalou ;
- ✓ les inter-influences des différents acteurs déterminent la réussite de la pratique de la contraception ;
- ✓ la réussite des programmes de planification familiale concourt au bien-être de la santé reproductive chez les maxi de Savalou.

I.1.2. Objectifs de la recherche

I.1.2.1. Objectif général

D'une façon générale, il s'agit d'étudier les facteurs qui renforcent la réticence des maxi de Savalou du Bénin à l'adoption de planification familiale tout en montrant son atout pour la saisie de la santé reproductive et le développement.

I.1.2.2. Objectifs spécifiques

- Cerner la problématique de la pratique de la planification familiale en milieu maxi de Savalou ;
- Déterminer les inter-influences acteur par acteur dans le système de promotion de la planification familiale à Savalou ;
- Etablir une corrélation entre l'adoption de la planification et le développement socio-économique de Savalou en particulier et du Bénin en général.

I.2. Opérationnalisation des concepts

Dans une recherche scientifique, il est important de clarifier certains mots clés ayant rapport avec le sujet en vue d'une compréhension exhaustive. Ainsi dans ce cas plusieurs concepts ou mots méritent d'être élucidés dont la sexualité, étant ensemble des comportements caractérisant l'instinct sexuel et sa satisfaction, reste malgré son processus de «désacralisation» soumise aux pesanteurs sociales. Sa gestion reste largement du domaine du pouvoir du mari ou du chef de famille. La sexualité joue un rôle important qui varie considérablement d'après Erny. Elle relève, jusqu'au mariage, du type qualifié de libidineux (Bastide, 1966), obéissant en toute liberté au principe de plaisir. Socialisée, elle sera par la suite l'objet d'un incessant contrôle. Cette représentation fait du sexe un domaine dont toute stratégie menaçant sa tranquillité est difficilement acceptée et justifie la campagne de promotion de la planification familiale.

Pour Roumegère et al. (1960), contrairement aux sociétés occidentales dans lesquelles les connotations sexuelles ont souvent perdu l'essentiel de leur contenu ou de leurs implications symboliques et religieuses, pour n'exprimer plus qu'une matière érotique, voire même obscène, il n'en est pas ainsi des sociétés africaines. Or, face aux différents efforts de développement, la maîtrise de la croissance démographique s'avère incontournable. La plupart des pays africains doivent désormais se trouver entre ces pesanteurs socioculturelles pour

impulser leur développement. La croissance démographique ne doit plus être laissée au hasard des forces nouvelles ou des réalités socioculturelles.

Ainsi, différents acteurs à divers niveaux vont initier des projets et programmes et autres actions pour le contrôle de la croissance démographique d'où le planning familial. Les méthodes contraceptives sont donc toutes des techniques et méthodes ou non pour contrôler la vie sexuelle. Ces différentes techniques et méthodes sont pour la plupart divulguées à travers des politiques de promotion ou stratégies.

La stratégie n'est rien d'autre que la combinaison des opérations pour atteindre un but. En d'autres termes, elle est un principe de systèmes d'actions explicites ou implicites des acteurs cibles des campagnes de sensibilisation. Lesquelles stratégies expliquent pour la plupart les types d'adoption des méthodes utilisées. Par adoption, entendons l'acceptation et l'application des méthodes contraceptives proposées. Dans le processus de l'adoption, le pouvoir de décision et, plus loin, du choix des méthodes, reste dans les sociétés, réservé au mari ou au chef de famille. Ni la sexualité, ni l'amour ne peuvent être du domaine de la loi. La transmission de la vie dépend des volontés individuelles et non des institutions ou des politiques.

Le pouvoir de décision dans les milieux ruraux reste largement contextuel. Le processus interactif du pouvoir recouvre l'ensemble des relations de domination, de résignation et de soumission s'exerçant entre les différents acteurs d'un système social. Dans certains domaines et surtout dans celui de la sexualité, une marge de liberté et d'autonomie est nécessaire pour agir, ceci révèle le rôle du pouvoir face aux choix des méthodes contraceptives.

Dans le présent contexte, la représentation de la sexualité fait de sa conception une manière sûre de changer l'ordre des réalités socioculturelles. L'emploi ou le choix de méthodes contraceptives sur demande de la femme crée un doute et fait penser non seulement aux risques mais aussi à son efficacité ou une conditionnalité de prostitution ou de tricherie.

I.2.1. La santé reproductive : un concept global

Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et le droit d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que

d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraire à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Ce concept de "santé de reproduction" est d'une importance capitale pour cette recherche en ce sens que dans les milieux ruraux, les jeunes filles victimes du mariage précoce et celles des naissances tardives courent de très grands risques spécifiques liés à la maternité tels que la mortalité infantile et maternelle ainsi que les fausses couches. De même, il existe dans ces milieux de telles discriminations à l'égard des femmes vis-à-vis des prestations de services que leur chance de survie est faible par rapport aux hommes.

Le FNUAP a proposé une définition de la santé de la reproduction, dans le cadre global des droits qu'a toute personne de jouir de sa sexualité en toute sécurité, tout en protégeant d'autres personnes. Elle a été préalablement définie dans les programmes d'action de CIPD des Nations Unies en 1994 comme « l'état de bien-être physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence des maladies ou d'infirmité ». La planification familiale est l'une des composantes de la santé de la reproduction. L'IPPE (2012) l'a défini

comme l'ensemble des méthodes et services qui permettent aux couples et aux individus de choisir et d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent, ainsi que le moment et l'espacement des naissances. La planification familiale comprend les méthodes de contraception moderne, telles que la pilule, les progestatifs injectables, les implants, les systèmes vaginaux dits de barrière, et les préservatifs féminin et masculin. Les services englobent les soins, l'information-conseil et l'éducation relatifs à la santé sexuelle et reproductive. Pour l'OMS, la planification familiale désigne un ensemble de méthodes contraceptives permettant aux individus et aux couples d'anticiper le nombre d'enfants désirés, d'espacer les naissances et de planifier leurs naissances et à traiter l'infécondité.

La femme est l'actrice principale de l'utilisation ou non de l'adoption de la planification familiale. Selon la tradition, le rôle de la femme se limite à la maternité. Aujourd'hui, avec l'utilisation de la planification familiale, la femme peut être autonome et peut apporter un plus aux revenus de la famille.

D'après une étude du PRB, l'autonomisation des femmes est l'amélioration du statut des femmes pour accroître leur capacité de prise de décisions à tous les niveaux, en particulier leur sexualité et leur santé reproductive. Selon le PNUD l'autonomisation ou *empowerment* en anglais ou encore capacitation, est la prise en charge de l'individu par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale. L'empowerment, comme son nom

l'indique, est le processus d'acquisition d'un « pouvoir » (power), le pouvoir de travailler, de gagner son pain, de décider de son destin de vie sociale en respectant les besoins et termes de la société. L'autonomie d'une personne lui permet d'exister dans la communauté sans constituer un fardeau pour celle-ci. La personne autonome est une force pour la communauté. Pour définir l'autonomisation économique des femmes, il faut d'abord se rapporter au concept plus général d'autonomisation. Les Nations Unies définissent l'autonomie des femmes à partir des cinq principaux critères suivants : le sens de la dignité, le droit de faire et de déterminer ses choix, le droit d'avoir accès aux ressources et aux opportunités, le droit d'avoir le contrôle sur sa propre vie, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du foyer, et la capacité d'influencer le changement social afin de créer un ordre économique et social plus juste nationalement et internationalement. L'autonomisation des femmes peut être résumée comme le processus d'amélioration du capital humain féminin visant à permettre aux femmes de participer efficacement au développement d'une nation sous toutes ses formes.

D'après le Rapport Mondial sur le Développement Humain (1997), le développement est synonyme d'élargissement des possibilités de choix offertes aux individus, l'accès aux différentes opportunités et perspectives fondamentales sur lesquelles reposent des caractéristiques telles que la chance de vivre une vie

longue, saine, constructive et de jouir d'un niveau de vie décent, ainsi que la liberté, la dignité, le respect de soi-même et d'autrui. C'est dans ce contexte qu'apparaît le genre en tant que concept et en tant qu'approche spécifique de développement.

I.2.2. Planification familiale

La planification familiale peut être définie selon Legrain comme un ensemble de moyens et de techniques permettant :

- d'éviter des grossesses non désirées,
- d'avoir des enfants désirés,
- de régler des intervalles entre les naissances pour assurer un espacement convenable,
- de programmer les naissances au meilleur moment quant à l'âge de la mère,
- d'éviter les grossesses avant 20 ans et après 35 ans,
- de décider du nombre d'enfants dans une famille.

A Savalou, l'on pense que ce sont les femmes qui souffrent le plus des conséquences d'une famille élargie. Le statut de ces femmes les assigne à la fois à de très lourdes tâches reproductives et domestiques. Ces pauvres femmes sont tournées vers l'exode rural, laissant les enfants à la charge de

leurs parents pour le travail de portefaix. Ainsi la planification familiale devrait être la solution en ce sens qu'il fait écho à l'émergence du thème "femme et développement".

La santé de la reproduction, c'est le bien-être général tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital et social, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies et d'infirmité. La planification familiale est un ensemble de moyens et de techniques permettant :

- d'éviter des grossesses non désirées ;
- d'assurer un espacement convenable des naissances (au moins 2 ans entre deux grossesses) ;
- de programmer les naissances au meilleur moment et
- de décider du nombre d'enfants dans la famille.

Ses bienfaits sont :

1. réduction des décès et maladies chez les mères et les enfants ;
2. équilibre dans le couple et la famille ;
3. avantages socio-économiques ;
4. maîtrise de la démographie et
5. amélioration de la condition féminine.

La limitation des naissances, c'est l'utilisation des moyens contraceptifs sur une grande échelle en vue de limiter le taux d'accroissement de la population ou le nombre d'enfant d'une famille.

L'espacement des naissances : c'est l'utilisation des moyens contraceptifs en vue de respecter un intervalle inter-génésique qui est supérieur ou égal à la normale de 24 mois. Il permet à la mère de récupérer un bon état de santé entre deux naissances et garantir à l'enfant la disponibilité des ressources familiales dont il a besoin.

La contraception est un acte consistant à empêcher la conception avant que celle-ci n'ait lieu. La contraception n'inclut donc pas les avortements. Elle permet aux couples de maîtriser leur fonction reproductrice tout en les aidant de vivre pleinement leur sexualité.

Qu'est-ce que le besoin non satisfait en planification familiale ? Selon la définition des EDS utilisée dans cette série de documents, une femme a un besoin non satisfait en contraception si elle est capable d'avoir des enfants, sexuellement active et n'utilise aucune méthode contraceptive, et ne veut pas d'enfant pendant au moins deux ans (femmes qui veulent espacer) ou ne veut plus d'enfants (femmes qui veulent limiter). Cette approche produit une estimation conservatrice car la définition de l'EDS exclut les groupes qui

peuvent être considérés comme ayant "un besoin". Par exemple, de nombreuses utilisatrices de méthodes traditionnelles qui sont motivées, mais risquent d'avoir des grossesses non désirées, utilisent la contraception traditionnelle par manque d'accès à des méthodes modernes. Les femmes en aménorrhée qui disent qu'elles ont désiré leur dernier enfant sont omises même si elles veulent attendre deux ans ou plus avant leur prochaine grossesse.

Plusieurs caractéristiques sont énumérées pour une bonne contraception. Il s'agit entre autre de :

- **l'innocuité** : la méthode contraceptive ne doit présenter de danger ni pour la mère ni pour le produit de conception en cas d'échec de la contraception ;
- **la réversibilité** : une méthode contraceptive est dite réversible lorsque, dès l'arrêt de son utilisation, la fécondation est possible dans les mois qui suivent ;
- **l'acceptabilité** : la facilité d'application sur le plan physique, religieux, éthique, sur le plan du prix de revient et de la facilité de réapprovisionnement en toute circonstance de temps ou de lieu ;
- **l'efficacité** : aucune méthode n'a une efficacité de 100 %. Une méthode de contraception est très efficace si son taux d'échec est inférieur à 2 %,

c'est-à-dire deux grossesses pour 100 années-femmes (AF). Elle est relativement efficace si le taux d'échec est inférieur à 10 %.

I.3. Raisons du choix du sujet

Dans cette partie du travail, le constat est que plusieurs raisons expliquent le choix de ce sujet. Certains sont subjectifs, d'autres objectifs.

I.3.1. Raisons subjectives

Si, à l'avenir, on voudrait faire baisser le taux de mortalité des enfants dans les pays en voie de développement, il est important de réunir toutes les conditions dans l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

Outre les maladies, la famine, etc. l'un des fléaux qui secouent la population des campagnes est le rapprochement des naissances ; cela accroît le taux de la mortalité infantile et maternelle, l'avortement constitue l'une des conséquences. A ce sujet, Dr Sadik, Directeur Exécutif du FNUAP dira « tout enfant, notamment toute fillette, qui se trouve en concurrence avec beaucoup d'autres pour la nourriture, l'attention et les soins de sa mère est un enfant dont les chances dans la vie sont mises en danger parce que ses parents n'ont pas planifié leur famille : c'est là une question de droit de santé, la sienne propre et celle de ses enfants ».

De là se dégage et s'explique tout le bien-fondé que la planification familiale revêt pour le bien-être de toute une famille. Il convient de rappeler ici certaines images stéréotypées de situations miséreuses habituelles aux zones rurales dont la région Maxi de Savalou. « L'image de la femme des champs, tenant et allaitant son enfant d'une main et labourant de l'autre, celle de l'autre alitée ou déhanchée par suite de maternités rapprochées ; celle d'enfants malades, mal nourris atteints de kwashiorkor... ; celle de papas désemparés courant de gauche à droite qui à la recherche des plantes médicinales pour infusion ou décoction, qui faisant la cuisine à ses enfants chétifs, victimes des grossesses rapprochées (jide en langue Maxi) qui pleurnichent à longueur de journée ».

L'une des meilleures solutions consisterait à encourager les parents à espacer les naissances. La survie des enfants est influencée énormément par la durée de temps écoulé entre deux naissances, aussi appelé « intervalle entre les naissances » ; lorsque dans une famille, deux enfants naissent l'un aussitôt après l'autre (naissance rapprochée), ils courent tous deux, des risques de mourir que des enfants ayant entre leur naissance un long intervalle de temps.

Les intervalles de naissances de moins de deux ans sont trop courts ; plus l'intervalle est court, plus il présente de dangers. Ce sont les intervalles de trois (3) ans ou plus qui comportent les moins de risque. Cette situation combien préoccupante, n'a pas laissé indifférent les acteurs des politiques de santé. C'est

ainsi qu'à la conférence d'Arusha en 1984, quarante (40) pays africains dont le Bénin ont adopté le programme d'action de Kilimandjaro qui affirme : « tout couple, tout individu a le droit fondamentalement de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espace des naissances, d'être suffisamment instruit et informé de ces questions et de bénéficier des services adéquats en la matière ». Il est clair donc que la planification familiale renforce le désir de la liberté des couples à décider de la dimension de leur famille.

Cette attitude vise essentiellement le bonheur de la famille en ce sens que la planification familiale contribue à l'amélioration de la santé et assure la survie des mères et des enfants en promouvant la conception durant les années les plus sûres pour les femmes (20 à 35 ans), en espaçant les naissances et en évitant les grossesses non désirées et les dangers de l'avortement clandestin.

Ainsi, dans les milieux où l'on pratique les méthodes de la planification familiale, on peut arriver à sauver la vie de centaines de milliers d'enfants et de femmes chaque année.

On voit ainsi que les grossesses non désirées ou rapprochées entraînent non seulement des risques tant pour l'enfant à naître que pour celui que la maman porte, mais également pour la mère elle-même, quel que soit son cadre de vie ou

ses moyens d'existence. Malgré la mise en place des diverses méthodes modernes de planification familiale, il est difficile aux "maxi" de Savalou de les adopter ; mais ils s'attachent plus aux méthodes traditionnelles de contraception. Le nombre de victimes se multiplie de jour en jour : le cas le plus fréquent est celui du décès d'enfants des naissances rapprochées, enfants malheureux du fait leur de mère ayant contracté une nouvelle grossesse. Parfois, ce sont ces mères elles-mêmes qui passent de vie à trépas.

Pour comprendre le comportement de la non adoption des méthodes de contraception modernes qui impactent la santé maternelle et infantile des maxi de Savalou, des déterminants ont été identifiés suivant des théories relatives à la contraception.

I.3.2. Raisons objectives

Aujourd'hui, le problème de la croissance démographique dans les pays en voie de développement devient de plus en plus préoccupant, et donc d'actualité. L'explosion démographique que connaissent les pays du Tiers Monde conduit davantage à leur sous-développement. La croissance économique continue demeure encore un mythe pour ces pays. Pour rendre possible cet équilibre socio-économique, plusieurs pays ont adopté des politiques de population. L'Afrique a besoin de contrôler sa fécondité, et cela doit se faire à travers des programmes et projets en vue d'éduquer et de sensibiliser les populations sur

l'importance de la planification familiale. Cependant, en milieu maxi de Savalou, la gouvernance des couples induit le faible engouement à l'usage des méthodes contraceptives par la population. Empiriquement, pour mieux cerner la réalité, quelques indicateurs objectivement vérifiables ont permis de justifier l'état de fait. La présente recherche s'avère donc une contribution scientifique qui permettra aux acteurs sociaux et aux politiques communautaires et sociales de mieux appréhender les enjeux et défis liés à la planification familiale et aux questions de santé reproductive. Par-delà des analyses à construire, il servira d'un outil d'aide à la décision au regard des différentes structures possibles relevant du devenir de la planification familiale en milieu maxi de Savalou

Malgré les programmes de sensibilisation conduits par les ONG à savoir, l'ONG Racines, l'ONG Le BACAR, La Clinique Profam, l'ABPF (antenne Zou Collines), l'hôpital de zone et les centres de santé des différents arrondissements, le taux d'utilisation des produits contraceptifs est resté élevé à Savalou. Il est resté constant à 9% sur trois ans (2009- 2011), est remonté à 10% entre 2012 et 2013 avant de connaître aujourd'hui un léger déclin de 8% en 2014 (PTA 2015 ZS SABA 2015). Ceci constitue un handicap au développement de cette zone rurale qui devait être un grand pôle de développement. Le constat est qu'on note un effort de l'utilisation de la planification familiale existe en milieu urbain. Alors qu'en milieu rural comme Savalou l'utilisation évolue en dent de

scie. Or, le développement du Bénin passe par le développement du monde rural dans tous les aspects. Il est vrai que la planification familiale relève du domaine de la santé reproductive. Cependant, il a été constaté que les programmes et projets échouent dans ce domaine parce qu'ils ne tiennent non plus compte des réalités socioculturelles des populations concernées.

En effet, dans la société traditionnelle au Bénin, il existe des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances. Il s'agit du retrait (coït interrompu), de l'aménorrhée, de la lactation, de l'abstinence périodique, etc. Grâce à la tacite surveillance de la communauté, elles étaient respectées. De nos jours, il y a éclatement de la société traditionnelle avec le relâchement prononcé de l'emprise communautaire. Il faudrait dès lors se tourner vers l'emploi des méthodes modernes de planning familial. Cependant on observe une réticence des populations vis-à-vis de ces méthodes comme c'est le cas dans notre milieu de recherche.

I.4. Trajectoires théoriques de la pratique des méthodes contraceptives modernes

La notion de la pratique contraceptive moderne a été abordée à travers les différentes théories sur la population. En premier lieu Malthus (1798) avec le malthusianisme, lequel a évolué vers le néomalthusianisme. En outre, un tournant décisif dans la pratique contraceptive moderne par les femmes a été

atteint grâce au féminisme. Par ailleurs, les théoriciens comme Becker (1960) et Easterlin (1975) ont eux aussi contribué à la compréhension de la pratique contraceptive moderne.

I.4.1. La logique malthusienne

La théorie malthusienne a été initiée par le pasteur Thomas Robert Malthus en 1798. A travers son ouvrage « Essai sur le principe de la population », il prône la restriction démographique. En effet, il part du constat selon lequel la population croît selon une progression géométrique tandis que les ressources croissent selon une progression arithmétique. En outre, la capacité de la population à se reproduire est illimitée alors que la capacité de production des moyens de subsistance est nécessairement limitée. 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 Malthus d'assurer un certain équilibre entre la taille de la population et celle des ressources, par une réduction de la natalité. Pour ce faire, il affirme que le recul de l'âge au mariage accompagné de la chasteté est le seul moyen moral pour y arriver. En effet, le mariage étant le lieu par excellence de la procréation, il apparaît donc opportun de le retarder le

plus longtemps afin de réduire le risque de faire trop d'enfants. En outre, pour Malthus le recours aux méthodes contraceptives et à l'avortement est immoral.

Par ailleurs, Malthus n'a pas précisé un âge au mariage, mais il a plutôt fixé une règle selon laquelle celui qui se marie doit pouvoir assurer l'entretien de sa famille. Cette règle se trouve renforcée lorsqu'il affirme : « Pour qu'un homme en se mariant soit exempt de reproches, le moins qu'il doive avoir, le plus petit revenu sur lequel il doive compter, est un salaire tel, en état de santé, qu'il puisse suffire à nourrir, au prix moyen du blé, le nombre moyen d'enfants produits par un mariage ». On retrouve ainsi un désir de voir tout individu qui veut se marier, pratiquer une parenté responsable, gage du bien-être de la famille. De même, l'exercice d'une activité génératrice de revenu peut donc influencer la procréation des individus.

I.4.2. Apport des néomalthusiens

Le néomalthusianisme est une actualisation de la doctrine de Thomas Malthus. Les thèses y relatives ont été développées en France par des théoriciens anarchistes comme Paul Robin à la fin du XIX^e siècle. Leur ajout à la théorie malthusienne fut marqué par leur opposition, d'une part, aux politiques natalistes mises en œuvre afin de préparer la guerre programmée dans les meilleures conditions et, d'autre part, à l'accroissement de la population qui facilite l'exploitation patronale et qui alimente la prostitution. Ils ont donc préconisé la

limitation des naissances. Aussi réclament-ils un contrôle des naissances grâce aux moyens contraceptifs modernes et à l'avortement, contrairement à Malthus qui trouvait ces pratiques immorales.

Par ailleurs, à la fin du XX^e siècle, on assiste à un mouvement des femmes réclamant la libre disposition de leur corps et proclamant leur droit de n'avoir que des enfants désirés. Ce qui aboutit, en 1972 à la fondation du planning familial et la création du Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception.

I.4.3. Le séisme des féministes

Le féminisme est un ensemble d'idées politiques, philosophiques et sociales qui cherche à promouvoir les droits des femmes et leurs intérêts dans la société civile. Les mouvements féministes luttent pour la protection de l'intérêt de la femme et l'égalité des sexes. Ces derniers ont joué un rôle dans l'élaboration des politiques de la santé de la reproduction, notamment dans la planification familiale. Ils affirment le droit des femmes à la propriété de leur corps et encouragent massivement l'utilisation des méthodes contraceptives modernes pour la maîtrise de la procréation par la femme (Gautier, 2002). Contrairement aux néomalthusiens, les féministes mettent un accent particulier sur la santé de la reproduction et sur le droit des femmes de choisir leur fécondité. Pour les féministes l'utilisation des méthodes contraceptives modernes permet à la femme

de maîtriser sa procréation et de n'être plus un jouet soumis à la volonté du mari et de la société.

I.4.4. Le point de vue des microéconomistes de la famille

Selon la théorie microéconomique de la famille dont le principal représentant est Becker (prix Nobel 1992), la décision d'avoir des enfants ou bien de se marier est simplement le résultat d'une analyse coûts - avantages. Dans une société industrielle, l'enfant est assimilable à un bien de consommation tandis que dans une société agricole, l'enfant est considéré comme un investissement en capital dans la mesure où il peut travailler et contribuer à l'augmentation du revenu familial. Ainsi, dans une société industrielle, les parents feront face à des dépenses et bénéficieront des satisfactions apportées par l'enfant. De ce fait, la baisse de la taille moyenne de la famille s'expliquerait par l'augmentation du coût relatif des enfants.

Ainsi, pour ce qui est de la contraception, Becker (1960) suggère que la régulation des naissances résulterait d'un calcul rationnel des coûts et motivations qui amènent les individus à utiliser les moyens disponibles (méthodes de contraception modernes) pour réduire la fécondité. Pour Becker, la décision du couple d'adopter la contraception est déterminée par les coûts (coût d'opportunité, d'éducation des enfants, de logement, etc.) d'un enfant supplémentaire et aussi par le revenu du couple. De même, si le revenu de la

famille augmente, le nombre d'enfant augmentera, cependant cela ne sera pas le cas si la famille décide de mettre l'accent sur la qualité de l'enfant (qualité de l'éducation, santé etc.). Le revenu de la famille peut être perçu à travers le revenu mensuel de la famille, le niveau d'instruction de la femme ou l'occupation de l'homme. De plus, Becker a montré que les familles riches utilisent plus fréquemment la contraception moderne que les familles pauvres. Par ailleurs l'utilisation de la contraception augmente avec le niveau d'instruction de la femme.

En outre, Becker reconnaît l'importance des méthodes contraceptives, puisque la connaissance des méthodes contraceptives a considérablement amélioré le choix des parents quant à la taille de leur progéniture, ce qui n'était pas possible avant, puisque ces derniers se reposaient uniquement sur le recul de l'âge au mariage ou à l'avortement.

I.4.5. Les idées d'Easterlin

Sur la même lancée que Becker, Easterlin (1975) s'intéresse aussi à la fertilité des couples. Sa théorie combine 3 dimensions à savoir la demande d'enfants, l'offre d'enfants et la planification familiale. Cette dernière dimension introduit les coûts de la régulation de la fécondité. En effet, d'après Easterlin, les comportements de limitation des naissances et par conséquent l'utilisation des méthodes contraceptives résultent du coût de la contraception. Aussi, un

programme de planification familiale a une double utilité. Il permet non seulement la réduction des coûts de marché de la contraception mais aussi facilite l'adoption de la pratique contraceptive moderne grâce à la diffusion des informations sur les produits contraceptifs.

I.5. Revue critique de la littérature

Si de nos jours, la préoccupation de tout gouvernant est le bien-être de son peuple, laquelle préoccupation porte sur la lutte contre le paludisme, la tuberculose, le choléra et plusieurs autres maladies endémiques, il n'en demeure pas moins que les aspects liés à la santé de reproduction occupent une position principale dans les débats en ce qui concerne les faits du développement. En effet, en questionnant les faits du développement et les faits de population, les préoccupations liées à la démographie en lien avec la santé reproductrice semblent justifier la trop grande communication développée autour des politiques de planification familiale dans presque tous les pays du monde. De ce fait, la planification familiale constitue un grand centre d'intérêt pour booster le développement.

La revue de la littérature sur la question amène à faire le point sur la documentation existante et à opérer une synthèse de différentes approches d'auteurs. Il servira enfin à l'angle théorique sous lequel le sujet sera abordé. La revue de la littérature permet ainsi de mettre en relief l'originalité de la critique

et de se positionner sur la question. La question de la planification familiale a été abordée de façon différente et complémentaire par les auteurs. Si tout le monde s'accorde sur son impact sur le développement, les divergences sur les conséquences sont énormes. Ainsi, dans le but de faire ressortir les différentes positions des auteurs sur le sujet, la présente revue critique de littérature sera subdivisée en trois parties : la question de la planification familiale, la dynamique de santé de reproduction et développement, et enfin les faits de population et de développement.

I.5.1. Des faits de population au développement

Un pays qui possède des ressources en compatibilité avec sa croissance démographique est capable de déclencher le développement (Malthus, 1798). Malthus estime donc que la pauvreté a pour cause le fait que la population augmente plus vite que les ressources. Sur ce plan, la planification familiale, est l'un des moyens qui peut favoriser le développement.

Selon Locoh (1984), il est nécessaire que les Africains envisagent leur avenir d'une façon nouvelle. Pour elle, il est temps pour les pays africains d'adopter de véritables politiques de population tendant à infléchir le taux de fécondité. Car, en dépit des efforts de certaines associations privées et gouvernementales en vue de diffuser les techniques modernes, l'auteur souligne que la faiblesse de la

fécondité est liée aux pratiques modernes contraceptives alors que très peu de femmes en Afrique noire ont recours à la contraception surtout en milieu rural.

Dans ces milieux, l'absence d'infrastructures administratives et sanitaires justifie l'absence de motivation des femmes pour les méthodes d'espacement des naissances. Dans beaucoup de pays, seules les villes disposent d'infrastructures convenables pour la diffusion des informations et l'accès à des consultations contraceptives. Elle conclut que la fécondité n'est pas un phénomène isolé. Située toujours la description quantitative dans son contexte social et culturel, elle insiste à plusieurs reprises sur le rang inférieur qu'occupe la femme selon la mentalité des populations en Afrique. Ce qui compte, c'est la fonction de procréation car, il faut beaucoup d'enfants pour assurer la survie du groupe.

La population du Bénin à l'instar de celle de la plupart des pays africains a pendant longtemps eu un comportement pro-nataliste lié au prestige, à la satisfaction économique et psychologique que procure une descendance nombreuse. Dès les années 1980, la position des gouvernements par rapport à la croissance démographique a commencé à évoluer, passant d'un pro-natalisme affirmé à une politique volontariste de maîtrise de la procréation. Mais la fécondité demeure élevée avec 5,7 enfants par femme et le taux de prévalence contraceptive estimé à 17% (EDS-III, 2006). Le Bénin a accueilli 272.643 naissances en 2000 et jusqu'à l'horizon 2025, cette population doublera de

nombre de naissances annuelles par rapport à la situation observée, soit une population de 6 millions en 1999, 12,3 millions en 2020 et 14,4 millions en 2025 (DEPOLIPO, 2000).

Apovo (2003), a développé un argumentaire selon lequel « l'enfant est une précieuse garantie pour la permanence des foyers. La femme sans enfant est vite répudiée pour une autre, sans remords et même sans haine. L'enfant est le bénéfice de la vie, une récompense des bonnes actions ou une bénédiction des divinités ou des mânes des ancêtres pour avoir bien gardé leur tradition ». Pour les ethnologues, la natalité résulte d'un comportement social, bien ou mal régulée, elle peut entraver le développement.

Très récemment, Guengant (2011), a montré dans ses travaux que le développement ne se résume pas à la maîtrise de la natalité, mais à l'accélération de la transition démographique grâce à l'augmentation de l'utilisation de la contraception qui répond à des besoins exprimés par les femmes. Mais pour l'auteur, les faibles niveaux d'utilisation de la contraception moderne, leur progression très lente et le nombre idéal moyen d'enfants toujours élevé, y compris chez les jeunes femmes éduquées, soulèvent plusieurs problèmes tel que le libre choix en matière de procréation, et enfin, les besoins non satisfaits en planification familiale. Si l'auteur a eu le mérite de montrer que l'utilisation de la contraception moderne est urgente dans les pays de l'Afrique de l'ouest, son

analyse souffre de profondeur quant aux perceptions des utilisateurs sur la planification familiale.

I.5.2.La question de la planification familiale !

Des travaux de Pradervand (1984), il ressort que plusieurs facteurs sociologiques influencent la fécondité et la contraception en Afrique. Comme facteurs pro natalistes, nous avons ceux relatifs à la volonté d'avoir une famille patriarcale élargie. Il s'agit notamment des coûts de santé et d'éducation des enfants souvent partagés entre la famille nucléaire que sont les parents, et les proches parents de celle-ci ; l'âge au mariage très bas la pression sociale contre le célibat les exigences parentales en faveur d'un nombre élevé d'enfants à procréer pour pérenniser le lignage. Il exige aussi d'autres facteurs pro-natalistes qui sont d'ordre économique. En effet, l'auteur fait remarquer que les autorités de certains pays du Tiers-Monde ont des difficultés à faire fonctionner les écoles en milieu rural vu qu'elles privent les parents de la main-d'œuvre de production. Même en milieu urbain, dans les ménages pauvres et dont le premier responsable est frappé par le chômage, l'apport économique des enfants grâce à la vente des cacahuètes, des sucettes, d'eau glacée, et autre articles locaux n'est nullement négligeable.

Au vu de ces constats, l'USAID (1985), les auteurs africains et américains qui se sont associés pour la recherche sur l'utilisation de la contraception et la

prestation des services de santé, ont su apporter au livre la richesse d'une expérience acquise dans des pays où l'on se sert depuis des siècles de méthodes traditionnelles de planification familiale et où le développement des systèmes de santé se fait dans le but de répondre aux besoins uniques de l'Afrique et à ses défis. Les seconds ont apporté l'expérience qu'ils avaient acquise en travaillant à des ouvrages similaires destinés aux lecteurs américains et en fournissant des services de planification familiale pour différents systèmes de soins de santé qui avaient donné d'excellents résultats. Ce document tient compte des facteurs culturels et pragmatiques gouvernant la décision individuelle d'espacer les naissances, de se servir de contraceptifs et de choisir la méthode la plus appropriée. Les traditions qui entourent l'acte de nommer l'enfant exercent souvent une pression sur les couples, les poussant à avoir autant d'enfants que possible. Par contraste, les coutumes se rattachant à l'héritage de la terre dans les régions fortement peuplées peuvent en fait fournir aux couples une bonne raison pour espacer les naissances et en limiter le nombre. Si la plupart des acteurs ayant souscrit à cet ouvrage ont eu le mérite d'avoir mis en exergue les facteurs de succès de la planification familiale vers ses premiers lancements en Afrique et de repositionner le débat culturel comme entrave à l'adoption de la planification familiale, toutefois ont-ils oublié de définir les stratégies d'actions

sensibles à emprunter pour plus d'adhésion des communautés africaines à l'utilisation de la planification familiale.

Wollast et Veke Mans(1995), de leur côté soulignent essentiellement les grandes lignes ou les aspects qui devraient être pris en considération dans la pratique de la planification familiale dans les pays en développement. Il s'agit de :

I.5.3. Santé de reproduction et développement socioéconomique

Le développement économique est l'objectif principal de tout gouvernant, de ce fait chaque nation cherche par tous les moyens à aboutir à cet idéal. Cet objectif ne pourrait être atteint si les dirigeants ne sauvegardent pas la santé de la population. Ainsi la santé de la reproduction qui n'est rien d'autre que la santé de la mère et de l'enfant et du bien-être familial est un facteur déterminant.

Par rapport à ces constats, Namara (1992) évoque l'incidence de la fécondité sur les futurs progrès économiques et sociaux en Afrique. A sa connaissance, aucun problème n'influence autant le développement humain dans la région que l'actuelle explosion démographique. La croissance démographique constitue l'un des grands obstacles au développement économique et au progrès social des Etats. En opérant une comparaison entre pays dits développés et les pays de l'Afrique Subsaharienne, il note une diminution du taux de mortalité infantile, la

propension à l'amélioration de la nutrition chez les premiers alors que le continent noir est resté sans changement.

Concernant les questions d'autonomisation des femmes, Marilee (1995), à travers les écrits de Karl Marx, remarque que : « bien avant que le mot ne soit passé dans l'usage courant, les femmes parlaient déjà de prendre leur existence en mains et de participer aux décisions qui les concernaient au niveau des foyers, de la communauté, du gouvernement et des politiques internationales de développement ». Elle ajoute aussi que le mot «empowerment» (autonomisation) traduit bien « l'idée d'une prise de contrôle et d'une participation aux prises de décisions ». L'autonomisation des femmes vise à leur permettre de participer efficacement au développement d'une nation sous toutes ses formes. S'il est tenu compte du fait que la population mondiale se compose à plus de 50% de femmes, il est crucial de renforcer leurs capacités pour réaliser un développement holistique. On pourrait dire aussi que l'autonomisation des femmes consiste à renforcer leurs capacités ou à leur donner les moyens de tirer le meilleur parti de leur existence pour les faire participer à la direction des affaires de la communauté et à l'amélioration de leur situation socio-économique. Il est évident que l'accès à l'alphabétisation ou à l'éducation, aux informations ou aux savoirs, aux ressources naturelles ou matérielles, à

l'acquisition de compétences productives et au capital, facilite l'autonomisation des femmes.

Des études menées dans certains pays de l'Afrique subsaharienne ont mis en évidence l'existence d'une forte corrélation entre la généralisation de la planification familiale et l'accroissement du pouvoir de décision des femmes au sein de la famille. La planification familiale permet aux femmes de participer davantage à l'économie et d'exister sur le marché du travail. Les femmes qui utilisent un moyen de contraception ont plus de chances de travailler, ce qui accroît leur capacité de rendement et leur permet d'améliorer leur sécurité économique ainsi que celle de leur famille. Cela est en partie dû au fait que la planification familiale permet aux femmes de choisir quand et combien d'enfants elles désirent, en fonction de leur besoin et de leur envie de gagner un salaire. Selon (Grown, Gupta et al. 2003) : « Pour une femme, la capacité de contrôler sa fécondité est une condition essentielle à son autonomie et sa liberté. Elle constitue également un droit humain fondamental. La capacité à prendre des décisions concernant les grossesses et le recours à la contraception sont en outre, des indicateurs clés de l'autonomisation des femmes au sein du foyer car gérer sa fécondité rend les femmes plus autonomes ».

La contraception est toute méthode empêchant de façon temporaire et réversible la survenue d'une grossesse. On exclut ainsi toutes les méthodes irréversibles

comme la stérilisation ou ligature des trompes et la vasectomie. Selon Lenglegue (2010), c'est une entité qui englobe la prise en charge des IST et l'infertilité, mais aussi l'offre d'une contraception de qualité quelles qu'en soient les méthodes. La planification familiale prend donc en compte les types de contraceptions à l'usage. Au Burkina Faso, la planification familiale est comprise comme l'ensemble de mesures techniques, psychosociales et éducatives offertes aux couples et aux individus en vue de leur permettre d'avoir des enfants quand ils veulent ; d'éviter les grossesses non désirées et d'espacer les naissances de leurs enfants. Elle prend également en charge les problèmes de stérilité et contribue à la lutte contre les IST et le SIDA (Art. 85 du code de la santé burkinabé).

Pour Bongaart (2012), depuis 50 ans, une révolution reproductive se répand dans une grande partie du monde en développement, donnant lieu à un important déclin de la fécondité en Asie, en Amérique latine et en Afrique du Nord. Ce déclin demeure cependant faible, en moyenne, en Afrique subsaharienne, et l'indice synthétique de fécondité du continent demeure supérieur à cinq naissances par femme. Aussi la population africaine, après avoir plus que quadruplé entre 1950 et 2010, devrait-elle encore doubler d'ici 2050. Ces tendances démographiques en Afrique subsaharienne ont soulevé certaines

inquiétudes quant à leur impact négatif potentiel sur la santé, en particulier et le développement socioéconomique en général.

De même, un autre article de l'OMS intitulé « Replacer la planification familiale dans les services de santé de la reproduction. Cadre pour accélérer l'action 2005-2014 » a montré qu'en Afrique la mise en place des services de planning familial est hypothéquée par la pauvreté, par l'accès difficile aux services et aux produits de planification familiale, les situations de conflit, les croyances traditionnelles, les obstacles religieux, le manque de participation des hommes dans le choix des méthodes contraceptives ; ce qui entraîne comme conséquences le faible taux de prévalence de la contraception parmi les femmes sexuellement actives, des taux élevés de fécondité et de grands besoins en planification familiale non satisfaits. Cet article fait ressortir des stratégies permettant l'amélioration de la santé maternelle et infantile à savoir :

- Assurance dans la prescription et le suivi des méthodes contraceptives dans un environnement sanitaire et socioculturel particulier aux pays en développement, en se basant sur les principes d'un moindre risque ;
- Comment rendre les services de planification familiale attractifs malgré les ressources limitées ;

- Comment rationaliser les prises de décisions à tous les niveaux afin d'optimiser les ressources et d'assurer aux populations le meilleur service possible ;
- Comment asseoir les bases d'une évaluation des services des programmes de planification familiale.

En saisissant la planification familiale comme facteur d'émancipation de la femme, Asford et al (2000) arrivent à la conclusion que les gouvernements et les groupes de protection de la santé des femmes reconnaissent de plus en plus que les investissements en faveur des femmes vont de pair avec les investissements dans les services de planning familial et de santé reproductive. Loin d'être incompatibles, ces investissements poursuivent des objectifs complémentaires. La vaste majorité des gouvernements a endossé ces objectifs et les mesures spécifiques nécessaires pour les atteindre lors de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement et de la quatrième conférence mondiale de 1995 sur les femmes. L'amélioration du statut des femmes peut créer des conditions favorables à l'adoption par un nombre toujours plus grand des méthodes de planning familial, à l'amélioration de la santé reproductive et à la participation accrue des femmes au développement. Les programmes de planning familial devraient s'inscrire dans un ensemble de programmes complémentaires visant à permettre aux femmes de prendre en

charge leur reproduction et les autres aspects de leur vie. A terme, ces investissements permettront aux femmes de contribuer plus pleinement au développement économique et social de leur communauté et de leur pays.

Abordant l'aspect purement médical de la question de la planification familiale, Hadiza (2003) estime que les programmes de planification familiale au Niger rencontrent des obstacles majeurs dans leur diffusion. Pour déterminer et comprendre ces difficultés, elle a tenté de répondre à une série de questions. Comment se présente le cadre officiel des consultations de planification familiale ? Comment s'expriment concrètement les relations thérapeutiques lors des consultations de planification familiale et quelles sont les différentes perceptions qu'ont les patientes vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes et des structures sanitaires qui les diffusent ? Qu'est ce qui peut expliquer la réticence de certaines femmes à adopter la planification familiale ou à la poursuivre quand elles l'ont déjà adoptée ? L'objectif principal est de décrire et d'analyser dans un cadre microsocial les interactions entre sages-femmes et patientes ayant lieu dans les centres de santé maternelle et infantile et portant uniquement sur les consultations de planification familiale. La véritable trame du présent travail est une description et une analyse de ces interactions.

S'intéressant aux facteurs influençant l'utilisation de la planification familiale au Burkina Faso, Zacharie (2005) estime qu'il ne s'agit pas de fournir uniquement

des services de planification familiale. Cela doit s'accompagner d'une éducation réelle de la population, d'une mise à disposition de personnels qualifiés et en nombre, des infrastructures en nombre et aussi proches que possible des communautés, mais plus encore des populations rurales. Il faut promouvoir la scolarisation des filles et définir des stratégies d'approche des populations n'ayant pas accès aux médias, mais aussi multiplier les campagnes de sensibilisation à la radio et à la télévision, pour ceux qui y ont accès. De plus, il est désormais impérieux de tenir compte de l'homme dans les stratégies de communication afin de rendre son attitude favorable à la planification familiale et de transformer ces attitudes en discussion. C'est uniquement dans ce cas que la femme peut facilement adopter une pratique contraceptive, notamment les moyens les plus efficaces que sont les moyens contraceptifs modernes.

A titre d'exemple, des travaux de Solo (2008) : il ressort que le Rwanda est l'un des pays les plus densément peuplés d'Afrique et a vécu une histoire tragique récente de génocide. Face à ces graves défis desquels le gouvernement rwandais s'est focalisé sur la croissance économique et la meilleure santé pour ses habitants. Il a ouvertement exprimé son soutien pour la planification familiale comme un outil de développement. La planification familiale est une priorité nationale et de nombreuses améliorations ont été apportées à la prestation des services de santé au cours de ces dernières années.

L'environnement politique positif en matière de planification familiale et le fort soutien de la communauté des donateurs ont contribué à une forte augmentation de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes mariées. En 2004, 10% des femmes mariées utilisaient des contraceptifs. En 2010, 45% des femmes mariées utilisaient des contraceptifs modernes, l'une des augmentations les plus rapides dans l'utilisation de contraceptifs en Afrique subsaharienne et dans le monde. Ainsi pour le gouvernement du président Kagamé, la planification familiale est la priorité numéro un ; pas seulement dans les discours, mais dans la mise en œuvre.

En définitive, une femme qui peut planifier sa famille est mieux à même de planifier sa vie. En effet, l'accroissement de la population ou au contraire une maîtrise raisonnée de la fécondité, influence l'ensemble des politiques de développement et l'ensemble des secteurs de la vie sociale. Qu'il suffise ici d'évoquer les questions de l'éducation, de l'énergie, de l'alimentation, de l'agriculture et évidemment de la santé des femmes (Cleland et al, 2011).

Pour Jaffre (2012), l'approche proposée ici laisse de côté les pressions des gouvernants pour ne considérer que leurs dimensions sociales. L'auteur souligne que ces questions peuvent notamment être abordées en évoquant le concept de genre, en abordant la construction sociale de la fécondité et de la sexualité, en replaçant ces questions au cœur des processus de mondialisation, en particulier

pour mieux comprendre l'articulation entre les «dynamiques du dehors et celles du dedans».

A en croire Jaffre «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. Travailler sur la contraception revient donc très largement à travailler sur des variations de pouvoir entre hommes et femmes. Il pense que dans ce domaine, ce sont les femmes qui ont plus à gagner. On comprend donc que les questions du droit des femmes et de leurs droits à se mouvoir dans des espaces publics sont ici essentielles. Il poursuit en expliquant que : «la planification s'articule autour de trois types ou trois niveaux de normes :

1. les normes théoriques de la planification familiale : ce que les programmes demandent ou proposent de faire pour diverses raisons médicales et/ou idéologiques ;
2. les normes sociales : ce que le groupe social énonce comme idéal de conduite ;

3. les normes pratiques de la sexualité et de reproductions : ce que l'on fait réellement pour diverses raisons et souvent sans maîtrise "rationnelle", "de ses conduites".

Abordant les normes théoriques de la planification familiale, les raisons de la pratique de la contraception se résument ici :

Dans Etat de la Population Mondiale 2004, on retient que la planification familiale permet aux individus et aux couples de déterminer le nombre de leurs enfants et l'espace de leur naissance, droit fondamental de la personne reconnue. Ainsi plusieurs avantages sont à la base de l'adoption de la planification familiale. Entre autres on peut citer : l'amélioration de la santé maternelle et infantile ; élargissement des chances offertes aux femmes en matière d'éducation, d'emploi et de participation sociale ; la réduction des risques de santé ; et la limitation du recours à l'avortement. Tout porte à croire que les différentes pensées sur la planification familiale, ne tiennent pas compte des réalités spécifiques des milieux bénéficiaires, expliquant ainsi l'échec de ces méthodes. On ne saurait véritablement tirer de conclusion ni dans un sens, ni dans un autre, car tout projet, pour une réussite parfaite doit s'inspirer des réalités de son environnement pour que la communauté bénéficiaire ne soit pas étrangère à cette nouvelle mentalité.

Aussi, tout en tenant compte des relations socioculturelles et psychologiques du milieu, il serait aussi important de mettre un accent sur la prestation de service. Dans son rapport annuel 2003, l'OMS donne des recommandations pertinentes en demandant aux bailleurs de fonds, aux ONG, et aux prestataires de services de veiller à ce que toutes les femmes aient accès à des services de qualité pour la prise en charge des grossesses, des complications d'un avortement et que soient offerts une information et des services de planification familiale.

I.5.4. Des analyses explicatives de la planification familiale

La démarche explicative est une méthode qui rend compte des faits sociaux au moyen des relations causales. Sa ligne de conduite correspond à la norme durkheimienne qui consiste à expliquer le social par le social. Pour cela, on peut :

- Soit rattacher le fait social à expliquer à des faits antécédents. Par exemple, les perceptions des femmes sur l'usage des méthodes contraceptives déterminent leur comportement au recours à la planification familiale ;
- Soit le rattacher à un ensemble de faits sociaux dont il est une composante. Par exemple, la planification familiale peut être mise en

relation avec le type des enseignements religieux reçus, le type de groupement social auquel on appartient etc. (Alpe et al, 2005).

Pires (1993) propose de recentrer l'analyse causale sous l'angle qualitatif. Pour ce faire, il remplace la notion de « cause » par celle de « facteurs explicatifs » de « conditions » qui, selon lui, rendraient mieux compte de la complexité d'un phénomène social tel la planification familiale. En ce sens, les variables (perceptions socioculturelles), énoncées dans les hypothèses ci-dessus, seraient moins des causes que des facteurs explicatifs du faible recours à la planification familiale. Il est donc question d'analyser ces facteurs et relativement les conditions sociales dans lesquelles se manifesterait la planification familiale dans le milieu "maxi" de Savalou. Et pour y arriver, il sera privilégié une sociologie qualitative, holistique et transversale basée sur les techniques d'observation directe, d'entretiens et d'analyse du contenu des données du terrain.

Conclusion partielle

Le cadre théorique a permis d'une part de poser la problématique de recherche, de dégager les hypothèses et les objectifs, de faire ressortir le modèle d'analyse et quelques aspects théoriques sur la pratique de la planification familiale. Aussi, il a permis de réaliser la revue critique de la littérature et d'opérationnaliser les concepts clés.

CHAPITRE II : APPROCHES EXPLICATIVES DE LA CONTRACEPTION ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Les approches explicatives et l'aspect méthodologique de cette thèse constituent les éléments fondamentaux. Ainsi, ce sont les approches socioéconomiques, socioculturelles, sociodémographiques et celles selon les facteurs d'opportunité, de capacité et de motivation (OCM) qui ont été abordées dans ce chapitre. Quant à l'aspect méthodologique, une démarche appropriée et opérationnelle a été utilisée.

II.1. Approches explicatives globales de la planification familiale

De nombreux auteurs ont tenté d'identifier les éléments qui peuvent prédisposer les femmes à l'utilisation de la contraception moderne en Afrique en général et au Bénin en particulier. La femme étant soumise à l'influence du contexte économique, social, et culturel dans lequel elle évolue, il est apparu que les éléments liés au contexte conditionnent son comportement en général et la pratique contraceptive moderne en particulier. De ce fait, plusieurs approches explicatives ont été utilisées. Il s'agit notamment des approches socioéconomiques, socioculturelles et sociodémographiques. Elles insistent sur les motivations individuelles, sur les valeurs et les normes, les coutumes des sociétés africaines, favorables à une fécondité élevée, pour expliquer la faible prévalence contraceptive. Par ailleurs, les études en Marketing social ont

développé une approche qui combine des facteurs d'Opportunité, de Capacité et de Motivation (OCM) aux approches précédemment citées. Ici un accent particulier est mis sur les interventions de marketing social en termes d'accessibilité et d'acceptabilité des produits de contraception moderne, ainsi que sur les croyances qui l'entourent.

II.1.1.Approches socioéconomiques

De nombreuses études ont démontré l'importance des facteurs socioéconomiques dans la pratique contraceptive moderne. Les variables très souvent identifiées sont le niveau d'instruction, l'occupation, le secteur d'activité et les conditions de vie de la femme.

II.1.1.1.Niveau d'instruction

L'instruction apporte à l'individu une ouverture d'esprit et une aptitude à accepter des cultures dites modernes (Akam, 2005). Par ailleurs, l'instruction de la femme lui permet d'être en contact avec des modes de raisonnement et de pensée nouveaux, ce qui peut l'amener à changer de comportement et à adopter par exemple les méthodes de contraception modernes.

D'après une étude menée par le PMSC/ FOCAP (2001) concernant les pratiques des personnes en union face au planning familial dans les zones rurales de la région du centre, le niveau d'instruction s'est révélé être un facteur déterminant

dans le choix que font les utilisatrices de recourir à une méthode contraceptive moderne ou non. Par ailleurs, les personnes en union fortement instruites font le plus recours aux méthodes contraceptives modernes que les moins instruites.

Talnan et Vimard (2005) à partir des données de l'EDS réalisée en 1994 en Côte d'Ivoire ont démontré que les chances d'utilisation de la pratique contraceptive moderne augmentent avec le niveau d'instruction de la femme en union. Les femmes en union ayant un niveau d'instruction élevé, équivalent au niveau primaire ou au niveau secondaire ou supérieur, ont plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles sans instruction.

II.1.1.2. En fonction des activités et des secteurs d'activité

L'exercice d'une activité économique procure à la femme des moyens financiers lui permettant d'acheter des contraceptifs modernes. En effet, la non gratuité des contraceptifs modernes peut être un obstacle à leur utilisation surtout par les femmes en union qui n'exercent aucune activité. Par ailleurs, Rwenge (1994) ajoute que l'incompatibilité entre le rôle de mère et le statut de travailleuse amène les femmes à la pratique de la contraception moderne.

En ce qui concerne le secteur d'activité de la femme, les études ont montré qu'il a une influence sur la pratique de la contraception moderne. En effet, les femmes travaillant dans l'agriculture auront moins tendance à utiliser les méthodes de

contraception modernes que les femmes travaillant en industrie ou dans le secteur formel en général. Car ces dernières sont plus préoccupées par la planification de leur fécondité afin de mieux exercer leur activité. En effet, Congo (2005) a montré que par rapport aux femmes du secteur agricole, les artisanes et les commerçantes sont celles qui ont le plus de chance d'utiliser les méthodes modernes de contraception.

II.1.1.3. Selon les conditions de vie de la femme

Les conditions de vie de la femme déterminent sa capacité à se procurer les contraceptifs modernes. Ces conditions de vie sont celles du ménage auquel la femme appartient. Elles peuvent être évaluées à partir du niveau socio-économique des ménages. Ce dernier étant obtenu à partir de certaines caractéristiques du logement à savoir la disponibilité de l'électricité, l'approvisionnement en eau de boisson, les matériaux de revêtement du sol, le type de toilettes et la possession d'un certain nombre d'équipements modernes (radio, télévision, réfrigérateur, bicyclette, motocyclette, véhicule).

Les femmes en union issues des ménages ayant des conditions de vie meilleures ont une certaine maîtrise de leur procréation et une propension plus élevée à recourir à la contraception moderne par rapport aux femmes en union, issues des ménages ayant des conditions de vie médiocres.

Vimard et Talnan, étudiant la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire ont obtenu le résultat selon lequel les femmes en union issues des ménages dont les conditions de vie sont moyennes, ont 2,57 fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne par rapport aux femmes en union pauvres

En outre, PSI- Haïti (2007) a montré que les femmes de 15-49 ans de statut socio économique moyen ont deux fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles de statut socio économique élevé.

II.1.2. Approches socioculturelles

Il ressort de la littérature que l'environnement socioculturel auquel appartient la femme en général et la femme en union en particulier, influence sa procréation et par conséquent l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les facteurs socioculturels les plus souvent identifiés sont : le milieu de résidence, l'ethnie et la religion.

II.1.2.1. Milieu de résidence

Il s'agit du milieu de vie de la femme. On distingue généralement le milieu urbain et le milieu rural. Le milieu urbain étant souvent divisé en milieux semi urbain et urbain. Le milieu de résidence de la femme peut déterminer sa pratique contraceptive. En effet, les femmes du milieu urbain peuvent fréquenter facilement des centres spécialisés de contrôle de naissances. Par contre, en

milieu rural, il y a moins d'équipements modernes et aussi les centres de santé sont éloignés. Par ailleurs, en milieu urbain, l'environnement urbain et les mentalités favorisent fondamentalement l'adhésion à la contraception moderne (Fassassi, 2006).

D'après Congo (2005), dans le cadre d'une étude sur la contraception moderne au Burkina Faso, le fait de résider en milieu urbain induit une propension plus grande d'adopter les méthodes de contraception modernes par les femmes.

II.1.2.2. Ethnie

L'appartenance de la femme à une ethnie conditionne son comportement, puisqu'elle est influencée par les cultures et habitudes de l'ethnie. En effet, Akam (2005) pense que « l'ethnie est un lieu de production et de reproduction des modèles culturels qui modulent les comportements des individus ». Ainsi, l'ethnie est un facteur qui forge le comportement de la femme en matière de procréation et d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Par ailleurs, Talnan et Vimard ont montré en Côte d'Ivoire que le groupe ethnique auquel appartient la femme en union vivant en ville influence sa décision de recourir à la contraception moderne.

II.1.2.3. Religion

La religion est fondamentale dans la vie des croyants. De fait, les croyances religieuses influencent les comportements en général et le comportement contraceptif en particulier. En effet, pour la plupart des religions (Catholique, Protestant, Musulman etc.), l'enfant est un don de Dieu et par conséquent toute pratique contraceptive est interdite. Ceci est notamment le cas de l'église catholique qui est formellement opposée à l'utilisation des méthodes de contraception modernes, la religion musulmane n'étant pas en reste. Ainsi, Issa (2008) à partir des données de l'EDS III, a montré que dans la partie septentrionale du Cameroun, les femmes en union, musulmanes, s'opposent plus à l'utilisation de la contraception moderne que les femmes en union des autres religions.

II.1.3. Approches sociodémographiques

De nombreuses études ont montré que les facteurs sociodémographiques de la femme influencent sa pratique contraceptive moderne. Il s'agit notamment de l'âge, du nombre d'enfants vivants, du nombre d'enfants souhaités, de la pratique de l'avortement.

II.1.3.1. L'âge

L'âge de la femme, est aussi un facteur important de la pratique contraceptive moderne, il traduit souvent un effet de génération. Cet effet influence fortement l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, car généralement, la génération jeune y adhère plus vite, tandis que la génération des femmes âgées est plutôt influencée par les méthodes traditionnelles préconisées par la société traditionnelle pro nataliste (Fassassi, 2006).

Cependant, PSI-Haïti (op.cit.) a montré lors d'une étude sur les déterminants de la contraception moderne par les femmes que plus les femmes sont âgées, plus elles ont de la chance d'utiliser actuellement une méthode de contraception moderne.

II.1.3.2. Nombre d'enfants vivants et/ou souhaités

Les femmes qui ont un nombre élevé d'enfants vivants ont tendance à utiliser les méthodes contraceptives modernes tandis que celles chez qui ce nombre est faible du fait qu'elles ont perdu un ou plusieurs enfants ont tendance à vouloir les remplacer, d'où la faible utilisation des méthodes de contraception modernes. En effet, les femmes qui n'ont perdu aucun enfant ont 1,7 fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive que les femmes qui en ont perdu un ou deux (Akam, 2005). Concernant le nombre total d'enfants souhaités, les études ont montré que les femmes qui désirent un nombre faible d'enfants sont plus

enclines à utiliser une méthode contraceptive moderne que les femmes qui veulent un nombre élevé d'enfants. En effet, Akam (2005), à partir des données de l'EDS III au Cameroun, a démontré que les femmes qui désirent une grande progéniture (cinq enfants et plus) ont deux fois moins de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles qui veulent limiter leur descendance à quatre enfants au maximum.

II.1.3.3. Pratique de l'avortement et la perception du risque relatif

L'avortement est une pratique interdite par la loi dans de nombreux pays dont le Bénin; c'est d'ailleurs un acte condamné par la société africaine. Il est d'un grand danger pour la santé de la femme et peut même entraîner la mort de celle-ci, surtout quand il est pratiqué dans des conditions précaires et clandestines. Par ailleurs, la perception du risque relatif à l'avortement se fait généralement lorsque la femme elle-même a eu à pratiquer l'avortement ou lorsqu'elle a observé des cas semblables chez les femmes de son entourage. Ces avortements surviennent généralement lorsque la femme est en face d'une grossesse non prévue ou d'une grossesse trop rapprochée de la dernière. Or, ces grossesses non désirées auraient pu être évitées grâce à l'utilisation de la contraception moderne.

Des études d'Agnès (1998) réalisées en Côte d'Ivoire, il en ressort que 29 % des femmes qui ont pratiqué l'avortement ont eu recours après cela à la contraception moderne. Ainsi, la perception du risque lié à l'avortement peut influencer la

pratique contraceptive moderne. Par ailleurs, d'après une étude réalisée au Gabon par Chiesa et Wantou (2001), la pratique de l'avortement influence l'utilisation de la contraception par certaines femmes ; puisque, la pratique de l'avortement est un déclic qui entraîne une prise de conscience par les femmes d'où le recours à la contraception moderne.

II.1.4. Approches selon les facteurs d'opportunité, de capacité et de motivation (OCM)

Cette approche a été développée par les recherches en Marketing Social notamment par l'ONG Population Service International (PSI). Les facteurs d'opportunité, de capacité et de motivation permettent de mieux apprécier les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

II.1.4.1. Les facteurs d'opportunité

Les facteurs d'opportunité se réfèrent aux facteurs institutionnels ou structurels qui influencent les chances de la femme de recourir à l'utilisation de la contraception moderne. Les études en ont identifié plusieurs. Il s'agit notamment de la disponibilité, de l'attrait de la marque, de la qualité des soins et des normes sociales.

II.1.4.1.1. La disponibilité

La disponibilité des produits de contraception moderne est un facteur susceptible d'influencer leur utilisation par les femmes, puisque pour qu'ils soient utilisés, il

faudrait déjà qu'ils soient disponibles et accessibles. En effet, PSI-Bénin (2008), a démontré lors de la recherche des déterminants de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes au Bénin à partir des données obtenues que la disponibilité des produits de contraception moderne est un facteur influençant significativement leur utilisation par les femmes du Bénin. Ils ont noté, par ailleurs que les femmes qui trouvent facilement des contraceptifs quand elles en ont besoin sont plus nombreuses chez les utilisatrices que chez les non utilisatrices.

Dans cette même lancée PSI-Burundi (2006) grâce à une analyse de segmentation a montré que la disponibilité du produit était un facteur qui expliquait de façon significative la différence entre femmes utilisatrices de la contraception modernes et les non utilisatrices (score de 2,66 chez les utilisatrices et de 2,41chez les non utilisatrices). Ces résultats confirment avec ceux obtenus par PSI-Pakistan (2007) chez les femmes Pakistanaises en union.

II.1.4.1.2. La qualité de service

La qualité de service offert par les prestataires des produits de contraception modernes aurait un effet sur les utilisatrices. Un service impeccable aura tendance à attirer les femmes et à les mettre en confiance. En outre, si le personnel de santé et les autres prestataires ne sont pas accueillants, ceci contribuera à diminuer le nombre déjà faible d'utilisatrices de contraceptifs

modernes. En effet, l'agence PSI-Pakistan, étudiant les déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union au Pakistan, a montré que ces femmes, enclines à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, trouvent accueillants et bons conseillers le personnel médical des centres de planification familiale du pays.

II.1.4.1.3. L'attrait de la marque des contraceptifs

Les études ont montré que les marques des différents contraceptifs exercent un certain attrait sur les femmes et les amènent à utiliser ces produits contraceptifs. En effet, l'agence PSI- Bénin (2008) est arrivé à la conclusion selon laquelle la perception par rapport aux marques des contraceptifs de PSI-Bénin (Harmonie, Equilibre et Collier du Cycle) était plus forte chez les utilisatrices que chez les non utilisatrices de produits de contraception modernes au Bénin (score de 2,9 sur 4 chez les utilisatrices et 2,8 sur 4 chez les non utilisatrices)

II.1.4.1.4. Les normes sociales

Les normes sociales influencent l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes. En effet, l'agence PSI-Bénin (2008) a démontré que les normes sociales expliquaient les différences entre les femmes utilisatrices des produits de contraception modernes et les non utilisatrices au Bénin. PSI-Rwanda (2006) a quant à lui, montré que les normes sociales influencent significativement l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Un résultat

semblable a été obtenu par PSI-Pakistan chez les femmes en union. Celles-ci ont plus de chance d'utiliser la contraception moderne parce qu'issues des sociétés qui l'ont tolérée.

II.1.4.2. Facteurs de capacité

Les aptitudes et compétences nécessaires à la femme à pouvoir utiliser les méthodes contraceptives modernes constituent les facteurs de capacité. D'après les études, ces facteurs influencent ce comportement. Il s'agit de la connaissance des méthodes contraceptives, de l'efficacité personnelle et du soutien social.

II.1.4.2.1. Le soutien social

Les femmes soutenues par leur entourage (familles, amis, etc.), par rapport aux méthodes contraceptives modernes sont plus enclines à leur utilisation. En effet, PSI-Burundi (2006) a montré que le soutien social influence significativement l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes au Burundi. Ce résultat a été confirmé par PSI-Rwanda (2006). Pour PSI-Pakistan (2008), les femmes en union non utilisatrices de la contraception modernes pensent pouvoir compter sur le soutien de leurs proches en cas d'utilisation.

II.1.4.2.2. L'efficacité communicationnelle et personnelle

Les femmes parlant de la planification familiale avec leur entourage (famille, amis etc.) ont une certaine propension à utiliser les méthodes contraceptives

modernes. En effet, PSI-Rwanda a montré que les femmes qui peuvent communiquer sur la contraception moderne avec leurs familles et amis avaient une grande propension à utiliser les contraceptifs modernes.

Pour ce qui est de l'efficacité personnelle, il ressort des études que les femmes qui pensent avoir une certaine connaissance pratique de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ont une plus grande propension à pratiquer ces méthodes que celles qui doutent encore de leur capacité à le faire.

Ainsi, PSI-Haïti a montré que les femmes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré être capables d'utiliser une méthode moderne de planification familiale ont trois fois plus de chance d'en utiliser effectivement que celles qui ont affirmé ne pas en être capables. Travaillant aussi sur les femmes en âge de procréer et sexuellement actives, PSI-Burundi en est arrivée à cette même conclusion.

II.1.4.2.3. Les connaissances

Les femmes qui connaissent les méthodes contraceptives modernes et leurs avantages sont plus enclines à leur utilisation que les femmes qui les ignorent. En effet, l'agence PSI-Burundi (2006) est parvenue au résultat selon lequel la capacité des femmes à citer au moins trois avantages de l'espacement des naissances, favorise l'utilisation des contraceptifs (81,3% chez les utilisatrices

contre 69,5% chez les non utilisatrices). Il en est de même pour la connaissance d'au moins trois méthodes modernes de contraception.

II.1.4.2.4. Discussion entre conjoints

En Afrique, le conjoint est généralement le chef de famille et son opinion est capitale dans la pratique de la planification familiale par la femme. En effet, Attanasso et al (2007), analysant les facteurs de la contraception au Bénin, à partir des données de l'EDS-2001 ont abouti au résultat selon lequel la discussion de la planification familiale avec le conjoint est un facteur influent de la pratique contraceptive. La femme qui a l'habitude de parler de la planification familiale avec son conjoint a cinq fois plus de chance d'utiliser les contraceptifs modernes qu'une femme qui n'en discute pas. Ce même résultat a été obtenu au Burkina Faso par Congo (2005).

Uwayesu (2009) étudiant les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes en union au Rwanda a abouti au résultat selon lequel la discussion de la planification familiale avec le conjoint est un facteur influençant l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union au Rwanda.

II.1.4.3. Facteurs de motivation

Les facteurs de motivation sont ceux qui créent de la stimulation ou du désir à la pratique de la contraception moderne chez les femmes. Leur influence est donc incontestable. Il s'agit notamment des normes subjectives, des croyances, des résultats attendus, du point de contrôle, de la sévérité, de l'attitude et de la volonté de payer.

II.1.4.3.1. Les normes subjectives

Ce sont les normes imposées à la femme par son entourage (amis parents, partenaires, etc.) par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. L'agence PSI-Bénin (2008) a montré que les normes subjectives influençaient significativement l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en âge de procréer, sexuellement actives, non enceintes.

II.1.4.3.2. Les croyances

Les croyances erronées par rapport aux méthodes contraceptives modernes exerceraient une influence sur leur utilisation par les femmes. En effet, l'agence PSI-Haïti a montré qu'en milieu urbain, les femmes qui n'utilisent pas de méthode moderne de planification familiale ont une plus mauvaise conception de la planification que celles qui en utilisent. Par ailleurs en milieu rural, les femmes qui pensent que l'utilisation d'une méthode de planification familiale est

associée à des complications de santé ont deux fois moins de chance de pratiquer la planification familiale que celles qui ne le pensent pas.

II.1.4.3.3. Le point de contrôle de la santé reproductive

Les femmes qui ont une certaine aptitude à contrôler leur reproduction ont plus de chance d'utiliser les méthodes contraceptives modernes que les femmes qui pensent que l'enfant est un don de Dieu. En effet, l'agence PSI-Haïti a montré que les femmes qui utilisent une méthode moderne de planification familiale estiment qu'elles peuvent mieux contrôler leur pouvoir reproductif que celles qui n'en utilisent pas. Ce résultat corrobore celui trouvé par PSI-Pakistan concernant les femmes en union.

II.1.4.3.4. La perception de la sévérité

La perception de la nécessité et de l'urgence de la maîtrise de la fécondité à travers les méthodes contraceptives modernes influence leur utilisation par les femmes. En effet PSI-Burkina Faso (2007) a montré que cela constituait un facteur influençant significativement l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes sexuellement actives et fécondes. En outre, la perception de la sévérité ne s'est pas révélée significative au Bénin lors d'une étude semblable menée par PSI.

II.1.4.3.5. L'attitude de la femme

En ce qui concerne l'attitude de la femme face à la planification familiale, l'agence PSI-Haïti a montré que les femmes de 15-49 ans qui ont une attitude positive vis-à-vis de la planification familiale ont deux fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles ayant une attitude négative.

II.1.4.3.6. L'attitude du conjoint face à la planification familiale

D'après les études, plus un conjoint est favorable à la planification familiale, plus la propension des femmes à utiliser les méthodes contraceptives modernes augmentent. En effet, la femme a un moindre recours à la contraception moderne lorsque son conjoint n'y adhère pas. Par ailleurs au Cameroun, près de la moitié des femmes soumises au risque de conception pratique la contraception moderne lorsque le conjoint y adhère (Fassassi, 2006).

De même, Congo (2005), partant des données de l'EDS 1998, a obtenu le résultat selon lequel un conjoint favorable à la planification familiale confère près de quatre fois plus de chance à la femme d'utiliser les méthodes de contraception moderne. Fassassi (2006) en Côte d'Ivoire, a quant à lui conclu qu'une femme dont le conjoint approuve la planification familiale a cinq fois plus de chance de recourir à la contraception moderne qu'une femme dont le conjoint s'en est opposé.

II.1.4.3.7. La volonté de payer les coûts

En Marketing Social, la volonté de payer est un facteur important influençant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes. En effet, PSI-Haïti (2007) a démontré que plus les femmes sont prêtes à payer plus cher une boîte de « Confiance » (marque de contraceptif), plus elles ont de la chance d'utiliser une méthode moderne quelconque de planification familiale. De plus les femmes qui utilisent une méthode moderne de planification familiale sont prêtes à payer plus cher « Confiance » que celles qui ne l'utilisent pas.

II.2.Démarche méthodologique

La méthodologie est l'ensemble des moyens mis en œuvre (méthodes et techniques) pour aboutir à un résultat. Pour cela, « il importe avant tout que le chercheur soit capable de concevoir et de mettre en œuvre un dispositif d'élucidation du réel, c'est-à-dire dans son sens plus large, une méthode de travail » (Quivy et Van Campenhoudt, 1995:28). La démarche méthodologique est de ce fait un élément indispensable pour tout travail scientifique.

Dans le cas de cette recherche la pratique de la contraception en milieu "maxi" de Savalou au Bénin, il s'est agi d'abord d'identifier les méthodes d'investigation appropriées (la méthode historique et la méthode dialectique) et la nature de la recherche. Ensuite, les différentes techniques : recherche

documentaire, l'observation, l'échantillonnage, la collecte des données empiriques, les questionnaires, les entretiens et enfin les méthodes des traitements des données.

II.2.1. Méthode d'investigation

La méthode dans la perspective philosophique est l'ensemble des opérations intellectuelles pour lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie (Grawitz ; 1996 :317). C'est une approche de réalité. Elle s'inscrit en outre dans une logique d'orienter la façon d'envisager ou d'organiser la recherche. Pour ce faire, dans le cas de cette thèse deux méthodes d'investigation ont été utilisées : la méthode historique et la méthode dialectique.

II.2.2. Méthode historique

La méthode historique établit l'origine et la chronologie des phénomènes sociaux. Elle cherche à comprendre les antécédents. Il s'agit d'un processus se déroulant dans le temps et dans l'espace, c'est-à-dire d'une explication diachronique. Cette méthode a permis de ressortir les pratiques ancestrales de la contraception, les conditions et raisons qui amenaient à son utilisation. Aussi, elle a permis de recenser les différentes méthodes traditionnelles, comment le poids des normes imposées à la femme et les rumeurs, certains problèmes de gêne, de pudeur, de l'infidélité constituent d'obstacle, à la pratique de la

contraception en milieu rural et particulièrement à Savalou. Le recours à cette méthode d'analyse est utile puisqu'elle donne les moyens de cerner les pesanteurs socioculturelles et psychologiques qui sont à la base de la faible utilisation de la contraception moderne.

II.2.3. Méthode dialectique

Pour cette recherche, la méthode dialectique a également été sollicitée. Celle-ci suppose une thèse, une antithèse et une synthèse ; elle accepte la totalité en niant l'isolement entre les ensembles et leurs parties, et privilégie la recherche des contradictions au sein d'une réalité, en mettant en relief l'apparente unité du réel, les tensions, les oppositions, les conflits et les contraires.

La planification familiale étant une pratique sociale, elle ne saurait être étudiée d'une manière isolée. Au contraire, il faut la lier à d'autres faits afin de saisir les interrelations et les contradictions que cela peut entraîner. Cette méthode dialectique interprète les phénomènes selon quatre lois :

II.2.3.1. La loi de la connexion universelle ou loi de la totalité dialectique

Selon cette loi, dans la nature comme dans la société, les faits et phénomènes sont liés, d'une manière ou d'une autre, les uns aux autres, agissent les uns sur les autres. Le comportement sexuel incontrôlé des ménages à Savalou, engendre des grossesses inopportunes, des naissances nombreuses, des naissances trop

rapprochées. Cela a des conséquences néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur le bien-être familial avec son lot de difficultés sur la vie sociale et sanitaire.

II.2.3.1.1. La loi de la contradiction

Cette loi stipule qu'au sein de tout phénomène, il existe des forces en opposition ou en conflit. C'est les contraires.

Dans ce cas, les contraires sont les contextes socioculturels et confessionnels qui s'opposent à l'usage des méthodes contraceptives. Une autre contradiction apparaît entre le niveau des connaissances des potentiels usagers des méthodes de planification familiale et leurs attitudes face à la mise en œuvre ou aux pratiques. Par exemple, pour les sociétés dites traditionnelles, le fait d'avoir beaucoup d'enfants permet de disposer d'une main d'œuvre abondante. L'enfant n'est pas une charge pour ses parents mais plutôt une richesse. Dans cette optique, c'est la lutte des contraires qui prévaut.

II.2.3.1.2. La loi du changement dialectique.

Celle-ci part de l'affirmation selon laquelle, le tout est en mouvement et en changement perpétuel et tout se transforme ; car rien n'est statique. C'est-à-dire, les phénomènes sociaux sont dynamiques. Le recours à la planification familiale a été pour la première fois possible avec l'utilisation des méthodes naturelles.

Aujourd'hui, avec l'évolution de la science et de société, plusieurs méthodes permettant l'espace et le contrôle des naissances se sont développées. Cette loi permet d'étudier le changement qui se produit dans le cadre de la santé de la reproduction avec cette panoplie de méthodes artificielles de planification familiale qui s'avèrent très efficaces.

II.2.3.1.3. La loi du changement de la quantité en qualité ou loi du changement du progrès

Cette loi pose le principe du changement de tout ce qui existe. Et ce changement qualitatif ne peut s'obtenir qu'à travers l'accumulation des changements quantitatifs.

Le "désordre sexuel" des ménages de Savalou, le taux élevé des naissances non désirées de même que des mortalités maternelle et infantile engendrent des conséquences sur la vie sociale et sanitaire de la mère et de l'enfant, ainsi que du bien-être familial. Par contre, un programme de sensibilisation et de conscientisation efficace et efficient sur l'application des méthodes de planification familiale par toute la population de Savalou pourra améliorer la qualité de vie de la dite population et impacter positivement la santé sexuelle reproductive.

II.2.4. Nature de la recherche

Cette recherche est de nature mixte. Les données qualitatives ont été appuyées par celles quantitatives fournies par les questionnaires utilisés. Elle se présente comme une étude analytique qui, pour ressortir les discours socioculturels et religieux liés au faible recours de la contraception au sein des couples, s'inspire de la sociologie compréhensive de Max Weber. Elle se fera à partir d'une présentation des comportements sexuels et contraceptifs des couples.

II.2.5. Recherche documentaire

La consultation des sources écrites a permis de jeter un regard sur les travaux déjà effectués sur le sujet et a ouvert la voie à quelques pistes de recherche. Pour Sardan (1975 :42), « l'assainissement fréquent et abusif de l'anthropologie à la recherche des sociétés sans écritures, comme le fait l'enquête du terrain qui transcrit des données pour la plus grande part d'origine orale, font souvent oublier qu'il n'est pas de sociétés sur lesquelles on n'ait pas écrit, et qu'il n'est de société où l'écrit ne joue pas ». L'outil que constitue la fiche de lecture a été élaboré à cet effet pour recueillir diverses informations relevant des différentes lectures. Le tableau ci-après présente les différents centres parcourus, la nature des documents collectés ainsi que les types d'informations obtenues.

Tableau I: Récapitulation de la recherche documentaire

N° d'ordre	Centre de documentation	Nature des documents	Informations obtenues
1	Centre de documentation du Ministère de la Santé Publique (MSP)	Ouvrages et mémoires	Informations conceptuelles et thématiques
2	Bibliothèque de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS)	Thèses et mémoires	Informations conceptuelles et thématiques
3	Centre de documentation du Ministère de la Famille et de l'Enfant (MFE)	Mémoires	Informations conceptuelles et thématiques
4	Centre de documentation de la Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines (FLASH)	Mémoires	Informations conceptuelles
5	Centre de documentation du Programme des Nations Unies pour le Développement(PNUD)	Ouvrages et rapports	Informations thématiques
6	Centre de documentation de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE)	Rapports	Informations monographiques
7	Bibliothèque centrale de l'UAC	Livres, articles et revus	Informations qualitatives et générales et à caractère méthodologique
8	Centre de documentation de la Mairie de Savalou	Données socio-anthropologiques ou ethnographiques	Informations sur l'historique et le règne des rois de Savalou
9	Bibliothèque Nationale de Porto-Novo	Mémoires, livres articles et thèses	Informations sur l'historique, la densité, la superficie du Bénin.
10	Centre de documentation de l'hôpital de zone Bantè-Savalou	Livres, articles et revues	Informations sur la statistique sanitaire de la commune de Savalou
11	Internet	Livres articles thèses et revues	Information sur les statistiques, informations générales.

Source: données de terrain, 2015

Outre les documents consultés, les bibliothèques privées de certaines personnes ressources ont été exploitées pour enrichir cette documentation. L'objectif principal de cette première étape est de faire une revue critique de la littérature afin d'opérer l'état de connaissance relatif au sujet.

II.2.6. Sources orales

Il s'agit pour la plupart des personnes ressources grâce à qui des informations sont recueillies à travers des causeries.

Les personnes concernées ont été sélectionnées suivant des critères d'expériences vécues ou constatées et sur la base de leur connaissance de la problématique de la recherche et aussi compte tenu de leurs expériences et leurs connaissances de la planification familiale. Certains ont été ciblés en fonction de leur qualité d'acteurs ou de témoins des mutations en cours dans le domaine de la santé reproductive.

En somme, le point de la recherche documentaire et l'exploitation des sources orales ont servi à mieux circonscrire le sujet et à définir la base de sondage de même que la sélection des techniques et outils de collecte de données. Ces sources d'information ont permis de mieux réorienter la recherche, d'avoir une meilleure connaissance du phénomène étudié et des concepts empruntés

abusivement, et de mieux cerner les diverses approches démographiques comme centres de trajectoires de développement.

II.2.7. Population cible et échantillonnage

L'enquête a été réalisée après la définition du groupe cible et la constitution de l'échantillonnage.

II.2.7.1. Population cible

L'univers d'enquête s'apparente à tous ceux qui prennent une part active aux questions de planification familiale et de santé de reproduction. De ce fait, sages-femmes, femmes mères, époux, chefs religieux ou coutumiers, pairs éducateurs, acteurs des politiques publiques de santé (APPS) et autres acteurs sociaux ont été pris en compte par cette recherche.

Les sages-femmes

Les sages-femmes sont prises en compte du fait qu'elles sont au cœur des stratégies de la pratique de la planification familiale au niveau des centres de santé. Elles conseillent les femmes pendant les consultations prénatales et post-natales et elles sont aussi souvent imprégnées des difficultés rencontrées par les femmes dans leur vécu. Elles sont susceptibles de renseigner sur les apports institutionnels et politiques de promotion des méthodes contraceptives modernes

et aussi de donner leur avis sur les éventuels freins à l'adoption de la planification familiale en milieu rural.

Les femmes mères

Elles sont les plus concernées par l'adoption des méthodes contraceptives et les premières victimes des conséquences fâcheuses. Ce sont les actrices clés directes des méthodes de contraception. Elles ont informé sur leurs conceptions, leurs perceptions, les facteurs d'incitation et d'inertie relative à la pratique de la contraception.

Les époux

En référence à la société béninoise où le patriarcat est le régime matrimonial dominant, l'époux en tant que chef de ménage influence fondamentalement les décisions au sein du couple. Les entretiens ont permis avec eux d'appréhender les relents anthropologiques relatifs à la reproduction dans la société traditionnelle. Aussi, ont-ils été enquêtés dans le souci de s'imprégner des réalités de la pratique de la planification familiale sous l'influence de l'autorité de l'homme, leurs perceptions en tant que chef de ménage, les relations d'autorité dans l'adoption des méthodes contraceptives.

Chefs coutumiers ou religieux

Ils sont les gardiens du temple, les garants de la tradition ou les lois religieuses. Autrement dit, ils sont des éclaireurs et leaders d'opinion. Par un passé traditionnellement dominant, les chefs coutumiers influencent toute option villageoise en matière d'adoption de nouveauté (innovation). Grâce à eux, la conception nataliste de la culture "maxi", les perceptions religieuses sur l'actualité de la contraception et les diverses mutations en cours dans le domaine ont été cernées.

Les pairs éducateurs

Jouant un rôle d'intermédiation et en tant que relais communautaires, ils sont entre le politique (soins de santé moderne) et pratiques traditionnelles. Ils ont pu relativiser les facteurs de succès et les tendances lourdes liées à l'optimisation de l'utilisation de la planification familiale en milieu rural de Savalou.

Acteurs des politiques publiques de santé

Ils sont auteurs de la déclinaison des politiques en stratégie d'action et leur mise en œuvre. Ils ont été ciblés dans le but d'éclairer dans le cadre de cette recherche sur les mécanismes de sensibilisation des populations, les résultats obtenus, les difficultés et contraintes entravant l'adoption de la planification familiale.

Acteurs sociaux

Les acteurs sociaux sont aussi importants dans le dispositif de l'adoption des méthodes contraceptives modernes. Ils sont retenus suivant une approche globale dans l'optique d'avoir des informations autant diversifiées que complémentaires à celles recueillies chez les autres groupes cibles.

Ces différentes cibles sont choisies en fonction de leur leadership dans le milieu, leur participation aux sensibilisations sur la planification familiale, et leurs rôles dans la mise en œuvre des interventions portant sur la planification familiale.

II.2.7.2. Echantillonnage et groupe cible

Tout chercheur qui entreprend une recherche se voit obligé de constituer un échantillon représentatif car il est quasiment impossible d'étudier une population de façon exhaustive. Pour Ghiglione et Matalon, « il est rare qu'on puisse étudier exhaustivement une population ; c'est pratiquement impossible... Le problème est de choisir un groupe d'individus, un échantillon, tel que les observations qu'on fera donc que l'échantillon présente les mêmes caractéristiques que la population, qu'il soit représentatif »

Tableau II: Répartition des enquêtés par groupes cibles

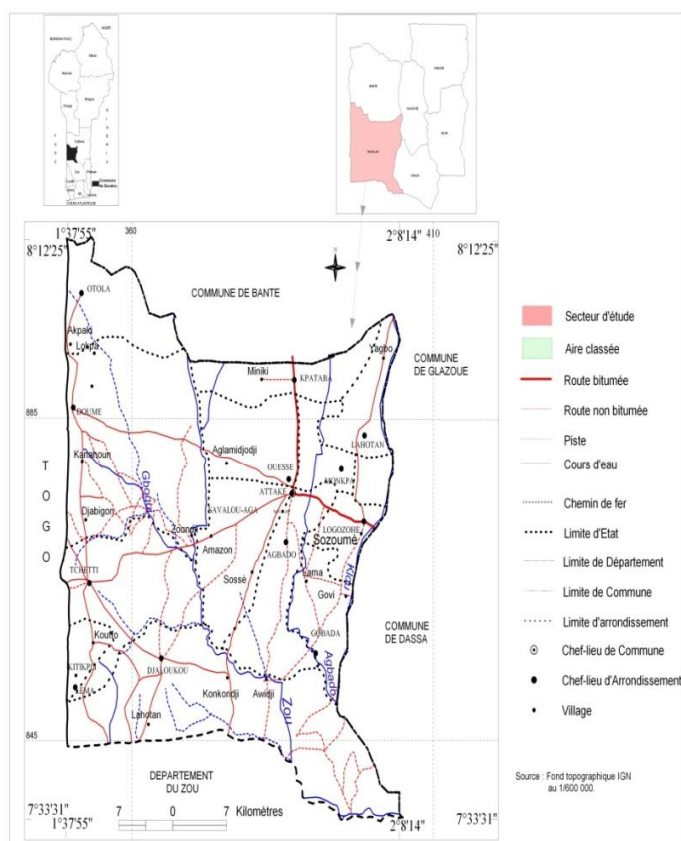
Catégories des informateurs	Arrondissement										Total	Pourcentage
	Agbado	Attaké	Savalou Aga	Ouesse	Kpataba	Lahotan	Logozohè	Djalokou	Doumè	Gobada		
Les sages-femmes	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	3,51%
Les femmes mères	40	21	30	18	20	15	17	16	22	16	215	34,29%
Les époux	12	16	14	9	27	32	7	32	23	17	189	30,14%
Chefs coutumiers ou religieux	6	4	9	2	7	9	5	3	2	4	51	8,14%
Les pairs éducateurs	8	6	12	4	7	3	8	5	10	9	72	11,48%
Acteurs des politiques publiques	10	2	12	2	2	2	2	2	2	2	38	6,06%
Autres acteurs sociaux	5	3	4	2	4	1	4	7	4	6	40	6,38%
Total	85	54	83	39	69	64	45	67	65	56	627	100%

Sources : Données de terrain, 2015

II.2.7.3. Choix des lieux d'enquête

La commune de Savalou compte quatorze (14) arrondissements (voir figure 1). Dans chaque arrondissement est implanté un centre de santé qui est coordonné par l'hôpital de zone Savalou-Bantè.

Figure 1: Situation administrative de la commune de Savalou

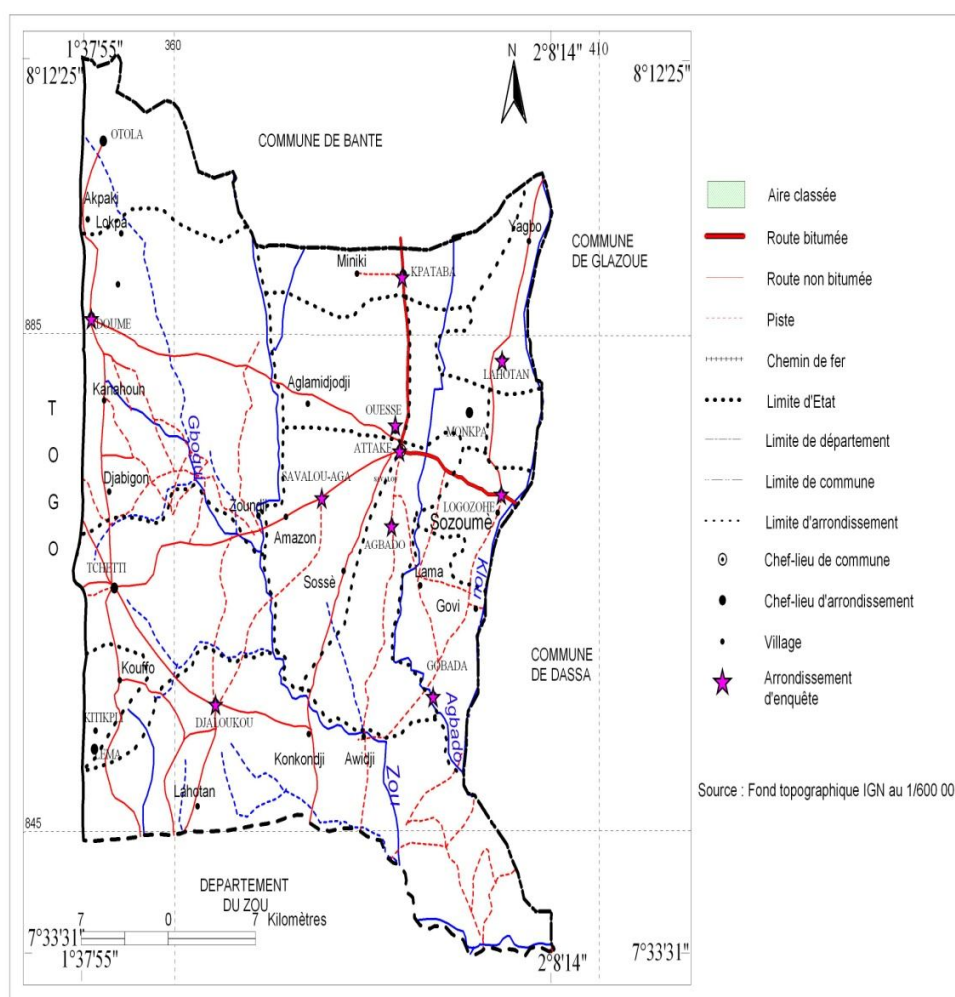


Source : Dandji, 2015

Après cette vue globale de la Commune de Savalou, la recherche a porté sur dix (10) arrondissements sur les quatorze (14) que compte la commune de Savalou à savoir : Agbado, Attaké, Savalou Aga, Ouèssè, Kpataba, Lahotan, Logozohè, Djalokou, Doumè, Gobada. La figure 2 présente la cartographie desdits arrondissements qui ont été parcourus pour la collecte des données empiriques. Le choix de ces arrondissements est raisonné et basé sur des critères préétablis et en fonction des unités d'observations à savoir :

- pratique de la culture endogène maxi ;
- pratique de l'Islam ;
- pratique du christianisme ;
- présence de centre de santé ;
- présence d'une église et d'une mosquée ;
- la cohabitation christianisme et animisme.

Figure 2 : Les arrondissements parcourus pendant l'enquête



Source : Dandji de terrain, 2015

II.2.7.4. Technique d'échantillonnage

A l'exception des acteurs sociaux sélectionnés de façon aléatoire dans tous les arrondissements couverts par la recherche, tous les autres groupes cibles ont été retenus suivant la méthode de choix raisonné.

Toutes les sages-femmes des arrondissements ont été systématiquement enquêtées. Les femmes mères quant à elles, ont été enquêtées dans les centres de santé. Ici deux types d'entretien ont été opérés. Il s'agit des entretiens individuels et des entretiens de groupe. Les deux concernant à la fois les femmes en consultation prénatale et aussi celles en consultation post-natale. Il s'agit d'un choix simple de sélection. Avec l'aide des sages-femmes, elles ont accepté et ont répondu à cœur ouvert à nos questions.

Pour les époux, les entretiens ont pris une allure d'enquête ménage. Il s'est agi d'enquêter les hommes chefs de ménage vivant avec leur(s) femme(s) et leur(s) enfant(s). Les femmes mères enquêtées dans les centres de santé et vivant avec leurs époux ont essayé de négocier des rendez-vous pour nous auprès de leurs maris. En complément, les ménages ont été sélectionnés par la méthode de choix au hasard.

Les chefs coutumiers ou religieux quant à eux sont retenus par arrondissement ; l'enquête a porté sur quelques chefs de collectivité de grande famille. Il a été décidé de retenir délibérément au moins un (01) chef de collectivité familiale dans chaque arrondissement. Quant aux chefs religieux (prêtres, pasteurs, Imam, chef de culte traditionnel), leurs choix a été simple en fonction de leur accessibilité. Les pairs éducateurs de leur côté sont au moins vingt (20) par arrondissement. A cet effet, au moins quatre pairs éducateurs par arrondissement ont été enquêtés. Ils ont été identifiés avec l'appui de l'ABPF, antenne Zou-Collines.

Les acteurs des politiques publiques de santé en ce qui les concerne sont un peu partout dans les arrondissements et plus concentrés à l'hôpital de Zone Bantè-Savalou. Ils ont été interrogés grâce à la méthode de boule de neige.

II.2.8. Techniques et outils de collecte des données

Trois techniques essentielles ont été utilisées au cours de cette investigation. Il s'agit de l'observation, de l'entretien et du récit de vie.

II.2.8.1. L'observation

« Le travail de terrain sera envisagé ici par des gens in situ : il s'agit de les rencontrer là où ils se trouvent, de rester en leur compagnie en jouant un rôle qui

permette d'observer de près certains de leurs comportements et de les décrire tout en évitant les jugements et les préjugés. Même dans le cas le plus favorable, il n'est pas facile de trouver la démarche appropriée » (Hughes, 1996). C'est dire que l'observation permet aux chercheurs de s'immerger dans un milieu tout en observant les manières de penser et d'agir, et en ne se permettant pas de corriger quoi que ce soit. Dans le cadre de la présente recherche, l'observation a porté sur les entités familiales et prend en compte le nombre d'enfants par ménage, l'écart d'âge des enfants d'un même ménage, la fréquence de la contraction de la grossesse par les femmes maxi, les morbidités infantiles, les effets manifestes du pouvoir traditionnel sur l'adoption du planning familial. Elle a aussi porté sur le profil des ménages pauvres en lien avec le nombre d'enfants.

Cette observation a été capitale dans l'appréhension de la corrélation entre pauvreté privation des services sociaux essentiels, notamment : l'électricité, les centres de loisirs et la fréquence des grossesses. L'observation en tant que technique a servi fondamentalement de base à l'identification des variables objectivement vérifiables et à la construction des sens théoriques des concepts empruntés au travail.

II.2.8.2. L'entretien

L'entretien est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé (Grawitz, 2000).

A cet effet, deux types d'entretiens ont été réalisés, au cours de cette recherche : les entretiens individuels et les entretiens de groupe.

Les entretiens individuels ont été réalisés avec les sages-femmes, les chefs religieux les acteurs des politiques publiques de santé, les pairs éducateurs. Aussi, les acteurs sociaux à la base et les époux ont été enquêtés individuellement de manière isolée. Par contre, les entretiens de groupes ont été réalisés avec les femmes en consultation prénatale et post-natale. Ainsi, avec l'aide des sages-femmes, des groupes de six (06) à dix (10) femmes (en consultation pré ou post-natale) ont été constitués. Soit quatre (04) à six (06) entretiens de groupe dans chaque centre de santé d'arrondissement. En ajout à ces entretiens de groupe réalisés chez les femmes, deux (02) entretiens de groupe (un avec les conducteurs de taxi moto et l'autre avec les petites commerçantes ou vendeuses) ont été subsidiairement réalisés dans chaque arrondissement.

Aux techniques d'enquête empruntées correspondent des outils de données. Il s'agit fondamentalement de la grille d'observation, du questionnaire et du guide

d'entretien. L'ensemble combiné des entretiens individuels et de groupes ont permis d'obtenir des données empiriques.

Toutefois les entretiens ont été complétés par des histoires de vie.

II.2.8.3. Présentation des variables de la recherche

Les variables de la recherche s'inspirent de la revue de la littérature. La variable dépendante (variable d'intérêt) est l'utilisation actuelle (au moment de l'enquête) d'une méthode de contraception moderne. Cette variable prend la modalité «1» si la femme en union en est utilisatrice et «0» si non. Plusieurs variables explicatives ont été retenues. Nous les présenterons dans la suite.

II.2.8.3.1. Variables socioéconomiques

Le niveau d'instruction : c'est le niveau correspondant à la dernière classe fréquentée par la femme en union en éducation dite formelle. On retient une variable si elle a été jugée pertinente dans la littérature et si elle a été collectée lors de l'enquête.

Le type d'activité : Il s'agit de la nature de l'activité exercée par la femme en union. Les conditions de vie de la femme : elles sont appréhendées par un indice socioéconomique construit à partir des caractéristiques du ménage (nature des murs, du sol, accès à l'info, etc.) auquel appartient la femme en union.

II.2.8.4.2. Variables socioculturelles

Le milieu de vie : c'est le milieu de résidence de la femme en union. Il s'agit dans le cadre de cette recherche du milieu rural.

La zone de résidence : Il s'agit de l'arrondissement dans lequel vit la femme en union.

La religion : elle renvoie à la confession religieuse de la femme en union.

La pratique des avortements dans l'environnement de la femme : elle permet d'appréhender la perception de la femme en union quant à la pratique de l'avortement par les femmes de son entourage. C'est pour voir si cela influence son recours à la contraception moderne dans le but de ne pas s'exposer elle-même à une éventuelle tentation de ce genre due à une grossesse non désirée.

II.2.9. Enquête de terrain

II.2.9.1. Enquête pilote

Les enquêtes pilotes se sont réalisées en plusieurs séquences. Dans un premier temps, il s'est agi d'effectuer des enquêtes préliminaires pour s'assurer de l'objectivité de la réalité à étudier. La question de la planification familiale relevant de l'intimité des acteurs sociaux, l'identification des cibles à investiguer fut une opération subtile. A cet effet, ces enquêtes préliminaires ont porté d'abord sur le chef de collectivité en tant que personne ressource et garant de la

tradition. Ces dernières ont servi d'appui au ciblage de certains ménages clés dont les chefs (les chefs de ménages) ont été soumis aux entretiens.

Outre ces deux catégories d'acteurs, la pré-enquête s'est réalisée par les acteurs du système de santé et autres acteurs institutionnels et locaux qui, de par leurs expériences et connaissances de la problématique, ont des savoirs utiles à fournir en vue d'une saisie holistique de la question de la planification familiale et de ses déterminants surtout en milieu rural. Elle s'est déroulée courant Septembre, Octobre, Novembre et Décembre 2014 sur la base d'outils et de collecte de données formatées suivant les grandes articulations des objectifs de recherche. Elle s'est complétée quatre mois plus tard par l'enquête proprement dite.

II.2.9.2. Enquête proprement dite

Elle est capitale dans la collecte des matériaux empiriques utiles à l'analyse des données. Au prime abord, les outils testés à la pré-enquête ont été corrigés et réactualisés conformément aux nouvelles orientations issues des résultats de la pré-enquête. Les groupes cibles ont été constitués. Un calendrier de collecte a été élaboré. A cet effet, les acteurs étatiques (personnels de santé, sages-femmes, acteurs des politiques) ont été interviewés en premier. Au regard des informations recherchées à leur niveau, ils ont été interviewés dans leurs services respectifs. Des guides d'entretien ont servi d'outils à leur niveau.

Le deuxième groupe enquêté est celui des femmes en consultation pré et post-natale. Les discussions de groupe réalisées avec elles ont été enregistrées dans les centres d'arrondissement et ce, avec l'aide des femmes. Les entretiens avec les femmes en consultation ont été réalisés les lundis et les jeudis ; jours des consultations à la maternité. Quant aux acteurs sociaux, ils ont été interviewés les autres jours de la semaine et ont été soumis au seul questionnaire élaboré dans le cadre de cette recherche. L'enquête en milieu réel a duré trois (03) mois deux semaines à raison de deux semaines par arrondissement. Elle s'est déroulée de Mai 2015 à Août 2015.

II.2.10. Techniques de dépouillement, de traitement et d'analyse des données

Le dépouillement des fiches d'enquête a été réalisé de façon manuelle. La méthode de l'analyse multi-variée a été exploitée. « C'est une démarche qui consiste à introduire des croisements multiples et à examiner leurs effets. La technique revient à observer ce que devient la relation primaire dans chacun des sous-ensembles correspondant à différentes valeurs de la nouvelle variable test. ». (Passeron, 1993). Cela renvoie à un regroupement des informations catégorie par catégorie suivant les différents axes définis par les objectifs fixés par la recherche.

Dans un premier temps, les réponses issues des entretiens ainsi que les grilles d'observation ont été relues et corrigées. Dans un second temps, les données recueillies ont été regroupées et catégorisées suivant les différents centres d'intérêt abordés et les différents acteurs approchés. L'analyse de ces données a été faite en fonction de l'approche compréhensive de Weber (1921). Le traitement des données quantitatives recueillies par questionnaire, a suivi les étapes ci- après :

- la réalisation du masque de saisie et la saisie des données dans le logiciel « Epi Data », version 3.1 ;
- la saisie des données collectées par les questionnaires à partir du masque de saisie conçu avec le logiciel de gestion des données Epi- Data, version 3.1 ; le choix du logiciel qui permet d'écrire un programme permettant le contrôle des données saisies ;
- le contrôle de la qualité des données saisies par un programme de contrôle conçu lors de la réalisation du masque de saisie. Ce programme comporte les mécanismes de contrôle de qualité (contrôle sur la série des valeurs, contrôle des valeurs admises pour les variables dont les modalités sont codifiées, des statuts d'inapplication sur certaines variables, etc.) ;

- enfin sur la base des objectifs spécifiques, un plan de tabulation a été élaboré afin de guider le choix des tableaux à réaliser.

La mise en forme des résultats (tableaux, graphiques) a été réalisée à l'aide des logiciels Excel et Word.

Quant aux autres outils qui sont venus en appui, il a été fait recours au procédé manuel. Le regroupement des idées a été analysé au fur et à mesure, les contenus des discours après chaque entretien et ensuite une triangulation desdites informations recueillie sa permis le côté qualitatif du travail.

II.2.11. Aspects éthiques, contraintes et limites de la recherche

II.2.11.1. Aspects éthiques

Pour faciliter les enquêtes sur le terrain, une utilisation d'autorisation de recherche s'est avérée nécessaire afin de convaincre les ménages, les chefs traditionnels et religieux ainsi que les autorités administratives des divers centres de santé parcourus, du caractère officiel de la recherche. Il leur a été également fait part du sujet ainsi que des objectifs poursuivis ; ce qui a facilité le déroulement de l'enquête. Les groupes-cibles choisis ont été informés des objectifs de la recherche, de l'utilité de leur participation et ont été rassurés quant à la confidentialité de leurs réponses.

II.2.11.2. Contraintes du travail

Au cours de l'exécution de ce travail, nous avons eu à faire face à des écueils. En effet, comme le disait Bachelard, « la recherche scientifique est une course à obstacle ». Aussi, la mise en application de la méthodologie de recherche a permis de détecter certains problèmes sur le terrain.

La première difficulté est liée à la recherche documentaire. Les ouvrages existent parfois mais les conditions d'accès ne facilitent pas la tâche. Néanmoins, les ouvrages généraux obtenus ont permis d'éclairer certains points obscurs et de compléter certaines références intéressantes pour la recherche. Malgré les explications sur la destination des informations à recueillir et la garantie de la confidentialité, certaines enquêtées étaient méfiantes et réticentes, Principalement celles dont les maris s'opposent à l'utilisation des méthodes de planification familiale. La variable âge recèle un certain nombre d'ambiguïtés qui rendent difficile sa saisie objective. Il est vrai que cette variable révèle une intimité de l'individu. Certains enquêtés qui connaissent de façon exacte leur âge sont souvent réticents à le dire, ou s'ils le disent ce n'est pas avec exactitude. D'autre part, une incertitude plus ou moins prononcée plane sur l'âge des enquêtés non instruits ou peu instruits. D'autres enquêtés estimaient qu'ils allaient contribuer à notre réussite et n'étaient pas totalement ouverts à la discussion. Il faut aussi noter certaines difficultés au niveau du personnel

médical lors des interviews ; pourtant, ils avaient été préparés au préalable. Vu le nombre très réduit du personnel soignant qui était obligé de servir certains patients lors de l'entretien, l'interview s'est accommodée de beaucoup d'interruptions et l'échange d'informations s'en est trouvée ralentie.

De même une disproportionnalité existe à l'infirmerie en ce sens que ce sont pratiquement les femmes qui y sont accueillies en grand nombre. Or, même si une femme décide d'utiliser les méthodes, elle doit nécessairement obtenir l'aval de son mari. L'une des enquêtées l'a clairement signifié lorsqu'elle disait en substance : « si mon mari le veut, nous pouvons avoir autant d'enfants que nous voulons ».

En résumé la production du présent travail scientifique a connu quelques obstacles qui sont entre autre, la réticence de certains enquêtés, la non disponibilité de certains agents de santé et des chefs religieux et traditionnels. Les personnes d'un âge avancé pour leur part ont difficilement accepté de faire les entretiens parce que, disent-ils, ce sujet ne regarde que la nouvelle génération. Cependant, ayant pris conscience de la situation, nous avons aussi usé de tacts, en nous installant dans le rôle du chercheur. De là, on a pris le temps d'expliquer aux enquêtés, en début de toute situation d'entretien le contexte dans lequel la recherche est menée. Il leur a été donc fait part de la

nécessité de leur participation quant à la réussite du travail puis on les a rassurés sur la confidentialité de leurs réponses.

II.2.11.3. Limites de la recherche

Depuis les conférences internationales sur la population de Mexico(1984) et du Caire (1994), les autorités politiques du Bénin ont officiellement manifesté leur volonté de promouvoir et de soutenir la planification familiale en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile. La planification familiale comporte plusieurs volets qu'une recherche académique ne pourrait entièrement couvrir. Sur ce, cette recherche ne prend en compte que quelques aspects du problème notamment l'impact du couple sur la planification familiale et le rôle joué par les agents de santé.

Tableau III: Synthèse des choix méthodologiques

N°	Eléments de synthèses	Choix méthodologiques
1	Intitulé du sujet	Pratique de la planification familiale : éléments pour une saisie de la santé reproductive en milieu maxi de Savalou au Bénin.
2	Domaine de recherche	Sociologie de la famille, la sociologie de la population, Sociologie de la santé.
3	Nature de recherche	Qualitative et quantitative
4	Techniques de collecte de données	Observation, entretien, questionnaire, étude documentaire
5	Outils de collectes de données	Guide d'entretien, grille d'observation, questionnaire, fiche technique de la recherche, fiche de lecture
6	Les dimensions théoriques utilisées	-le culturalisme -le malthusianisme -le micro économiste de la famille -le féminisme -l'analyse stratégique

Source : Données de terrain, 2015

Conclusion partielle

Au terme de ce chapitre, il faut retenir que la planification familiale est un atout majeur pour le développement. Mais son adoption peine à intégrer le quotidien des béninois en général et des Maxi de Savalou en particulier. Elle mobilise un nombre impressionnant d'acteurs de plusieurs catégories. Elle s'inscrit dans

plusieurs champs théoriques à savoir : la sociologie de la famille, la sociologie de la population et la sociologie de la santé.

CHAPITRE III : CHAMP D'INVESTIGATION ET HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Il est question ici de situer le milieu de recherche dans l'espace géographique, en montrant ces atouts et faiblesses sur le plan économique, politique, culturel, environnemental à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Aussi, montrer la trajectoire et la politique de la planification familiale au Bénin, en Afrique et dans le monde.

III.1. Champ d'investigation de la recherche

Cette recherche a été réalisée en milieu maxi de Savalou en République du Bénin. Il est impossible voire inadmissible de prétendre faire des recherches en sciences sociales et ignorer les éléments ayant trait aux facteurs qui font la spécificité du milieu de la recherche. Pour comprendre surtout les facteurs qui éventuellement seraient à la base de l'échec des méthodes modernes de planning familial à Savalou une étude minutieuse du milieu s'impose. A travers ce chapitre, la situation géographique ainsi que les facteurs historiques, la vie sociale, et surtout les pratiques culturelles et religieuses seront présentées.

Enfin, il s'agira de lever un coin de voile sur les infrastructures du milieu en vue d'évaluer les efforts entrepris en matière de développement. Tout comme les autres communes du département des Collines, Savalou est situé dans la zone climatique subéquatoriale de type guinéen avec deux saisons pluvieuses (la grande qui va d'avril à juillet, et la petite qui va de Septembre à Novembre) et deux saisons sèches (la grande qui va de décembre à mars et la petite qui va d'Août à Septembre). Les Collines sont fortement présentes, laissant paraître un beau paysage qui suscite l'admiration des touristes. Le grand atout de Savalou reste son barrage « agbado » qui alimente ses habitants en eau potable. En plus de celui-ci, les villages de la commune disposent aussi des pompes qui alimentent en eau potable des habitants.

III.1.1. Organisation sociale

Administrativement la commune de Savalou est dirigée par un maire qui est l'autorité territoriale. Il est suppléé dans ses fonctions par deux adjoints. A la tête des arrondissements et des villages ou quartiers de ville, sont respectivement les chefs d'arrondissement et les chefs de village ou chefs de quartier. Traditionnellement, Savalou est un royaume ayant à sa tête un roi. Le roi est aidé dans sa tâche par les notables, les chefs des collectivités et familles. Depuis la création du royaume de Savalou, quinze rois se sont succédé. La succession au trône n'est pas patrilinéaire ; le chef est toujours choisi dans la lignée ou famille

royale, sur l'approbation du conseil des anciens et des sages suite à une consultation du Fâ. Les chefs de familles règlent les litiges d'ordre mineur. Ils rendent toujours compte au chef de collectivité qui à leur tour le font au roi. Les affaires importantes sont toujours portées devant le roi. Le plaignant et l'accusé comparaissent devant l'assemblée. L'audience est publique et la cour du roi regorge toujours de monde. Toute personne reconnue coupable est sanctionnée. Les sanctions sont prononcées selon la gravité des fautes.

Sur le plan familial, il y a une certaine organisation et distribution des rôles. L'autorité est exercée par le chef de famille qui règle les petites dissensions entre les membres du groupe familial et s'occupe du patrimoine matériel, moral et religieux de la famille. La plupart des ménages sont polygames. Les femmes sont souvent des exécutantes des ordres du mari. Elles doivent éduquer les enfants et veiller au bien-être familial. Elles ont souvent la charge du ménage.

III.1.2. Pratiques culturelles et vie religieuse

La population est dans l'ensemble restée attachée aux valeurs ancestrales. L'animisme reste la religion de prédilection. Il existe chez les animistes la croyance en un être suprême tout puissant, invisible. Cependant pour atteindre cet être « Mawu » il faut passer par ses intermédiaires qui sont les divinités. Les divinités vénérées à Savalou sont : *Dangbé lègba, hébiosso*, , etc.

III.1.2.1. Dangbé: serpent-divinité

C'est un python qui n'est pas venimeux. Il est très vénéré chez les *dènon* dans tout le milieu. Le grand prêtre de Dangbé porte le titre de « Dènon » (le sacrificateur). Lorsqu'un Dangbé quitte le temple (lieu où il est gardé) et se rend en ville, nul n'a le droit de le toucher. S'il s'est glissé dans votre maison ou même sous votre lit, il ne faut ni le déranger ni le maltraiter, mais en informer plutôt le grand-prêtre ou tout autre adepte pour le chercher. Avant de le toucher, ceux-ci s'agenouillent avec révérence devant le serpent fugitif, le prennent délicatement entre leurs bras et le caressent avec toutes les démonstrations de leur plus humble adoration.

Si un individu trouve un dangbé mort dans la brousse, ce qui est souvent le cas, il doit l'enterrer et frapper la tombe avec une petite pierre, qu'il rapportera chez le « Dènon » ou « dangbehunnon ». Le grand-prêtre de Dangbé, avec une bouteille de gin ou de sodabi enterre la pierre dans le temple avec tout un cérémonial et se lave les mains et les yeux de celui qui a eu la malchance de trouver le Dangbé mort. Si celui-ci refuse de l'enterrer et de rapporter la pierre comme il est dit plus haut ; il sera malade. Auquel cas il ne doit plus se couper les cheveux jusqu'à ce qu'il ait donné les offrandes exigées pour son rétablissement: cabris, chiens, chat, canards, poulets, pintades, ignames, haricot, maïs, huile de palme, boissons, étoffes (blanche, rouge et bleue).

Les initiés et les membres appartenant au culte Dangbé ne mangent jamais du mouton. Voici l'origine de cet interdit. Un jour le Dangbé pris par un feu de brousse, fut sauvé par un mouton qui lui permet de s'accrocher à sa toison. En guise de reconnaissance, il est interdit aux membres de la famille adhérente à son culte de consommer le mouton.

III.1.2.2. Lègba

Ce monticule de terre en forme d'homme-tronc à la virilité agressive, cette motte de terre informe à la tête disproportionnée, signifie l'homme en pleine possession de ses forces vitales. Il symbolise l'intelligence, la ruse, la puissance et la virilité. Quelques personnes croient reconnaître en lui le démon ou le diable des chrétiens. C'est une erreur, car le vrai démon, génie uniquement malfaisant et faux, c'est « Awovi », dont la famille est nombreuse. Lègba, lui, sert le bien et le mal avec un égal dévouement. Il est très puissant et ses réalisations ne se font pas attendre. Chacun a un Lègba qui le suit partout. Mais il existe aussi des Lègba protecteurs des villages qu'on appelle « Tolègba » érigés sur les places publiques ou à l'entrée du village. Son rôle est de défendre les familles et le village contre les mauvais « génies ».

Chez les maxi de Savalou, il est conseillé d'avoir un Lègba personnel qui est le compagnon caché de chaque individu. Autrefois, les femmes stériles allaient

souvent supplier le Lègba pour qu'il puisse les aider à engendrer ; les hommes impuissants de leur côté, adressaient leurs prières au Lègba femelle.

III.1.2.3. Le Fa

C'est l'oracle, la divinité que tout père de famille possède souvent en pays maxi, et qu'il consulte dans toutes les circonstances de la vie. C'est l'ami sûr, le plus intime de l'indigène, car celui-ci croit qu'un démon le menace et que son « ange gardien » le protège. Mais il faut rappeler ici que tout le monde n'est pas apte à interpréter l'augure. C'est le rôle du devin qu'on appelle « Bokonon » (l'interprète de l'oracle). Avant d'immoler les animaux et les volailles au Fâ, on procède à une consultation pour savoir si l'année qui va s'ouvrir s'annonce bonne ou mauvaise et si l'on arrivera à vaincre toutes les difficultés qui se présentent.

II.1.2.4. Etron kpévoudou

Cette divinité lutte contre la sorcellerie. Elle est réputée et louée non seulement à cause de ses interdits mais aussi de son pouvoir de guérir, de protéger ses adeptes contre tous les esprits malveillants (Awovi et autres forces maléfiques) pouvant nuire à l'âme. Ses interdits ne sont que certains des commandements de l'église tels que l'infidélité de la femme, le meurtre, l'avortement, la rancune

envers le prochain, le vol, le mensonge, etc. C'est ainsi qu'une femme qui commet l'adultère doit être mise hors du foyer conjugal à moins que le mari accepte qu'elle fasse les cérémonies de purification auprès de la divinité en vue de sa réadmission.

La violation de tout autre interdit nécessite des cérémonies de purification, au cours desquelles les individus doivent confesser leur mal afin de solliciter à nouveau la grâce de la divinité. Le jour convenable des cérémonies est le dimanche. Outre le dimanche, elles peuvent aussi avoir lieu les mardis, Mercredis, Jeudis et samedis. Le lundi, Vendredi, les portes de la divinité "Alafia" restent fermées. Des béliers, chèvres, poulets, canards et pintades, colas, bougies, parfums et autres accessoires sont données en offrande à la divinité. Tout ce qui concerne cette divinité ne peut être décrit ici. Ces quelques pages constituent, déjà des renseignements utiles sur l'ensemble des pratiques de la religion autochtone.

En définitive, toutes les manifestations socioculturelles et religieuses (chants et danses, fêtes traditionnelles, cérémonies funèbres et rituelles, chasses et pêches etc.) sont autant d'occasions, d'expressions sociales à travers lesquelles s'actualise l'engagement des uns et des autres. Ce qui fait qu'il est pratiquement difficile de distinguer le social du religieux en ce sens que toute la dynamique de la vie culturelle à Savalou, s'inscrit dans une vision globale socioreligieuse : les

relations entre les vivants et les morts se traduisent par le culte aux mânes des ancêtres, relation avec la nature, croyance aux êtres invisibles, etc.

Le souvenir des morts apporte aussi un certain encouragement à l'effort ; il constitue un appui moral pour les vivants au moment d'un danger. Ceci explique la différence que les occidentaux constatent très souvent entre les africains convertis au christianisme et la masse pour laquelle la religion païenne a été une expérience personnelle, sans laquelle elle ne peut jamais vivre ; et qui semble lui procurer fierté et gloire.

A Savalou, les concitoyens attirés par le monisme culturel occidental qui, du reste, est un ensemble de représentations, de divisions religieuses, pose à leurs yeux la société occidentale comme la vraie société et détenant pour ainsi dire la religion idéale, se sont convertis au catholicisme ou au protestantisme. Ces dernières années, force est de reconnaître que ceux-ci n'ont pas pour autant renié certaines de leurs croyances ancestrales. C'est en ce sens que Froelich déclarait que depuis les Archevêques africains jusqu'au plus insignifiant catholique, depuis le grand Marabout jusqu'au plus insignifiant musulman, depuis le Pasteur jusqu'au plus petit protestant, on a tous un passé animiste.

Justement, il faut remarquer que de nos jours, trop longtemps honorée, bafouée, contrariée, la conception théosophique africaine en est sans doute à l'heure de la

redécouverte et de la reconnaissance, qui non seulement lui donneront des assises nouvelles, lui permettant le dialogue à l'égalité avec les autres conceptions de Dieu, de l'homme et de l'univers. Telle qu'elle apparaît aujourd'hui, elle se caractérise, selon LV Thomas in "Etat actuel et Avenir de l'Animisme", par la place exceptionnelle qui revient à la force, à la vie, à l'esprit de totalité dans le système du monde, par l'identité de l'Etre et du Métaphysique, par la sympathie que l'homme entretient avec la nature (où chaque phénomène est un acteur du drame cosmique) et plus particulièrement avec l'animal (d'où la philosophie de la nature et l'attitude cosmo morphique), par un surprenant respect pour la tradition (d'où le misonéisme et l'organisation gérontocratique de la société), par l'attrait de la vie sociale, par la recherche de la sensualité exaltante et purifiée, par le désir de rassembler dans une même unité ancêtres et vivants, enfin, par une faveur religieuse.

En ce qui concerne notre étude, toutes ces considérations traditionnelles observées dans la vie quotidienne des habitants de Savalou, entre autres les lois d'intérêt et d'obligation de ces divinités, en l'occurrence les interprétations diverses et divergentes à l'égard de la présumée infidélité de la femme ; ne peuvent-elles pas être comprises comme obstacles à l'utilisation des méthodes nouvelles planification de familiale ?

III.1.3. Organisation politique

Dans toute organisation sociale, les faits sociaux, politiques et religieux s'imbriquent les uns dans les autres. A Savalou, dans chaque famille, il est noté une certaine organisation de la vie familiale sur tous les plans. Et comme le soulignait ALLONG, « au sein de la famille, l'autorité est exercée directement mais efficacement par l'aîné de la famille qui règle les petites dissensions entre les membres du groupe familial et s'occupe du bien matériel, moral et religieux de la famille ». L'aîné n'est pas forcément le plus âgé, mais tout membre de la famille doté d'une probité morale et désigné comme tel.

III.1.3.1. Activités économiques

La fécondité, centre d'intérêt de cette recherche, s'y présente comme une fécondité naturelle d'autant plus que, outre l'abstinence post-partum et l'aménorrhée, conséquence de la longue période d'allaitement des enfants, aucune pratique contraceptive en vue de l'espacement des grossesses, ni de limitation des naissances n'est pratiquée dans cette population. Il s'ensuit que les femmes rurales africaines et celles béninoises en particulier profitent de leur fertilité jusqu'à la ménopause. A une époque où la mode est à l'espacement des naissances, voire à la régulation des naissances, comment peut-on expliquer que Savalou possède un niveau de fécondité encore élevé ; sinon en cherchant dans

les normes et structures traditionnelles mêmes de cette société, les causes au phénomène ?

- **Une population, essentiellement agricole.**

L'activité économique de la région est principalement dominée par l'agriculture. Au premier contact avec la région, on est frappé par la densité des cultures, l'utilisation minutieuse des sols : de Dassa à Savalou, de Savalou ville à Bantè, on traverse une véritable campagne, mosaïque de champs de maïs et de manioc aux formes irrégulières.

A l'instar de la région "maxi", l'économie de Savalou est à peu près uniquement agricole avec la prédominance de l'association maïs – manioc sur le même sol. Plus de 80% de la population s'adonne au travail de la terre. C'est une agriculture de subsistance de type traditionnel. Elle est pratiquée sans moyens techniques puissants. L'outillage se réduit à la houe "Alin", au coupe-coupe "Kpaca" et à la hachette "assiovi" qui permettent tant bien que mal aux paysans de dessoucher, défricher, désherber, labourer en faisant des buttes pour le bouturage du manioc ou des sillons pour mettre cultures.

Le maïs constitue la nourriture de base de cette population ; complété par le gari, farine obtenue après séchage et traitement du manioc selon les techniques fort bien maîtrisées par les femmes de la région.

La culture du palmier à huile offre encore aux paysans quelques revenus monétaires et différents produits de consommation locale (huile, savon, boisson locale "sodabi"). Les légumes et condiments cultivés la plupart du temps par les femmes sont essentiellement destinés à l'autoconsommation. Les sols, du fait de la culture continue sans restriction, tendent à devenir de plus en plus pauvres et le problème de leur régénération se pose avec acuité à Savalou. Jadis, le brûlis était la seule technique utilisée, l'introduction de l'engrais est d'une époque récente. En dehors de l'agriculture, le commerce est aussi une activité florissante dans la région. Il est le domaine des femmes. Ces dernières cumulent les activités de production agricole, de transformation et de commercialisation de ces produits.

- **La participation féminine dans l'économie de la localité.**

Comme l'écrit Antheaume, « une des particularités de la société villageoise réside dans la stricte autonomie et la totale indépendance qui existe entre hommes et femmes, et même entre époux et épouses aussi bien au niveau de la production que celui de la consommation ». Ainsi, il faut dire qu'à Savalou, la femme aide son conjoint dans les travaux champêtres et s'efforce d'avoir une source de revenus. Ce qui explique son acharnement à la tâche et son goût pour l'activité commerciale.

Les femmes assurent la transformation de certains produits agricoles dérivés de l'agriculture : la fabrication de gari à base du manioc, la fabrication de savon à partir des produits du palmier, la fabrication de nattes à partir des fibres végétales, la confection de « plats cuisinés » qu'elles vendent aux autres villageois, etc.

- **Le Grand marché de Tchaouhimin.**

Comme on peut le constater, le marché tient une place importante dans la vie de la société traditionnelle. Cette importance n'est pas seulement due au seul fait qu'au marché, on peut échanger, vendre ou acheter ce dont on a besoin ; mais c'est aussi parce que le marché représente un espace de vie qui favorise les rencontres inter-ethniques voire inter-familiales. C'est dans ce cadre de vie que, s'identifie le grand marché qui se tient tous les cinq jours. Déjà la veille après-midi, les femmes, les jeunes filles ou garçons munis de balais, viennent au marché pour nettoyer leur emplacement ou celle de leur mère, tantes ou autres. Certains ne le feront que le jour même de l'animation du marché.

Dès l'aube, au premier chant du coq, dans les maisons, on s'affaire, on s'endimanche, on s'interpelle pour se confier des commissions à faire, on donne les dernières consignes aux enfants. Mais à partir de huit heures, commencent

par arriver les taxis, les muni-bus. Ils feront plusieurs fois la navette entre Tchetti et Savalou, Bantè et Savalou, Dassa et Savalou. A dix heures, le marché commence par s'animer petit à petit. Les gens viennent de tous les côtés d'implantation. Certains à vélo, motocyclette, d'autres à pied. Après dix heures, les concessions sont presque vides, il n'y reste que les enfants et les vieillards. Tout le monde s'est rendu au marché, parfois même sans but précis.

Le marché de Savalou est le lieu privilégié où circulent tous les produits de l'agriculture (maïs, gari, tomates, haricot, huile de palme, huile de coco, légumes etc.), de la cueillette (oranges, bananes, papaye, etc.), d'élevage (porcins, caprins, ovins et les volailles) et de l'artisanat (poterie, nattes, houe, coupe-coupe, hachette etc.). Enfin, au marché, on trouve les produits manufacturés de toutes sortes (pagnes, chaussures, vêtements, etc.). Et la femme est principalement cause de circulation des produits. Vers 17 heures, les premiers bus, taxis ramènent les usagers venus de loin. Grâce à ses activités commerciales, la femme fournit un complément non négligeable en céréales et l'achat des condiments nécessaires à la confection des sauces. Les profits réalisés par les femmes sont souvent faibles et parfois entièrement investis dans l'entretien des enfants.

Il faut souligner qu'outre son rôle économique, le marché joue un rôle social de première importance. Ainsi, Verger et Bastide (2002) pensent que s'il est vrai,

que la société passe par des états de concentration qui renouvellent le sentiment de solidarité et fortifient la conscience collective, le marché apparaît comme le lieu privilégié de la concentration, où des portes et des fenêtres s'ouvrent d'un groupement sur un autre. C'est en effet, le lieu de rendez-vous des habitants d'une même région. C'est un centre d'information : on s'y prépare, on vient de loin, on y apporte de bonnes ou mauvaises nouvelles, là, des relations se nouent et se dénouent, des projets se mijotent, on règle ses comptes ou ses dettes. On y apprend les événements politiques, religieux et climatiques d'une région ou d'un pays.

- **La filiation**

A Savalou et chez les "maxi" en général, la filiation est patrilinéaire. Il faut noter que la coutume indigène n'établit aucune différence entre les filiations légitime, naturelle, simple, adultérine ou incestueuse. Il est remarqué souvent que les enfants manifestent plus d'affection et de dévouement envers leur mère qu'envers leur père. Si la cause de cette inclinaison peut être recherchée dans la sévérité paternelle, elle réside surtout, et pour une large part, dans le fait de la polygamie. En effet, l'homme ayant plusieurs enfants de mères différentes jouissant des mêmes droits, ne peut naturellement ni aimer, ni s'occuper de tous de la même façon.

La cause de cette inclination pour la mère est aussi trouvée dans la longue lactation que donnent les mères en milieu rural à leurs bébés. Il y a aussi le fait que parfois la mère prend un soin particulier de ses garçons, car elle sait que, plus tard, quand elle sera âgée et peut-être veuve, c'est son fils qui sera le chef de famille et qui s'occupera d'elle. Dans les foyers polygames, la mère prend en général très vite appui et conseils auprès de son fils aîné et cela crée un lien particulier entre eux. De son côté, le fils en se mariant confie sa jeune femme à sa propre mère, pour qu'elle l'éduque selon les coutumes de leur famille.

- **Le mariage**

En milieu "maxi", lorsqu'un jeune homme fixe son choix sur une jeune fille, il fait d'abord part de son désir à un proche parent qui en avertit les autres, qui à leur tour donnent leur adhésion ou refusent. Après les fiançailles, pour libérer la jeune fille à regagner sa famille de réorientation, le fiancé doit donner la dot qui se compose de huit à douze bouteilles de boissons variées, et une somme d'argent à la belle famille qui doit la consacrer à l'achat de pagnes et de bijoux pour la jeune fille. La date de la célébration du mariage est fixée par les parents du jeune époux après consentement de ceux de la fille.

Le jour de la célébration est ordinairement un jeudi (nyɔnuzangé). Le soir convenu, vers 20 heures, une tante et une sœur du fiancé vont demander par

deux fois l'autorisation auprès des parents de la fille à marier. A la troisième fois, leur nombre est augmenté des autres femmes faisant partie de la famille du fiancé, qui viennent chercher la fille et la conduisent au domicile conjugal, où elle est amenée en grande toilette, accompagnée et acclamée par une foule de jeunes filles et de femmes s'éclairant avec des lanternes, chantant et dansant de joie et d'allégresse.

Arrivé au seuil de la maison du fiancé bien aménagée pour la circonstance, toute illuminée à cet effet, où attendent les invités buvant des boissons, le cortège s'arrête. La plus âgée des tantes de la famille du fiancé pénètre la première, après avoir demandé par trois fois à ceux de l'intérieur de l'admettre parmi eux. Puis, les parents du fiancé vont, unealebasse contenant le "jassi" (de la farine de maïs délayée dans l'eau) à la main, verser un peu de ce mélange au pied de la nouvelle mariée, en récitant des prières pour que sa première entrée dans le logis de son époux soit l'augure d'une ère de prospérité, de paix et de bonheur. Tout ceci en guise de bénédiction.

La fille est dès lors portée au lit nuptial sur lequel on l'assied par trois fois avant de l'y laisser définitivement, en l'adjurant de ne connaître que ce lit seul, sur lequel elle devra donner une descendance. Les femmes se retirent ensuite, laissant seule l'épouse, bientôt rejointe par l'époux. A l'issue de la première nuit de noces, si la jeune fille était vierge, elle doit montrer un linge tâché de sang.

L'époux fait connaître immédiatement aux parents, le résultat de cette confirmation de la vertu de leur fille en remettant le linge blanc tâché de sang. Aussitôt que cette nouvelle est parvenue à la foule restée dehors, les litanies « Aluwasio » retentissent de plus belle. Le huitième jour, l'époux donne un repas de noces. Aujourd'hui, toutes les étapes de la célébration du mariage en pays Maxi ne sont plus respectées à la lettre. Parfois, les jeunes époux acceptent même vivre ensemble sans cette célébration solennelle du mariage.

III.1.3.2. Relations de genre et données anthropologiques

Pour chaque individu, il est implicite dans certains domaines, explicite dans d'autres, qu'il doit se comporter d'une certaine façon en raison de son sexe, qu'il y a des choses qu'il ne doit pas faire. Les relations de genre se définissent à des niveaux successifs, physiologiques d'abord mais aussi anthropologiques. C'est la combinaison d'informations à ces différents niveaux qui va définir la position des hommes et des femmes les uns par rapport aux autres, dans une société donnée.

Les informations d'ordre physiologique (une femme donne naissance aux enfants par exemple) paraissent d'évidence mais elles font aussi l'objet de réinterprétations sociales. On dira, par exemple, que les femmes ne doivent pas faire certains travaux ou prendre certaines responsabilités parce qu'elles mettent au monde les enfants. Ce rôle de procréation physiologiquement assigné à la

femme lui confère de nombreuses tâches domestiques et tant d'autres responsabilités, mais limite sa chance d'occuper des fonctions que la société a réservé presque exclusivement aux hommes. L'exemple typique est celui de la culture des produits d'exportation qui leur apporte le capital économique. Ces mesures discriminatoires limitent l'émergence des femmes et leur pouvoir de décision à toutes les instances de la société. Combien y a-t-il de femmes dans les centres de planning familial ? Cependant les premiers acteurs de la protection sociale sont les femmes. Elles sont très vulnérables, car leur subordination sociale est sanctionnée par un entrelacement complexe de croyances traditionnelles, de normes culturelles et du droit coutumier. Par rapport aux hommes, leur accès aux avantages du capital humain (éducation, santé, droit, pouvoir de décision, vie publique) ainsi qu'aux biens productifs (terre, crédit) est bien plus restreint. Un tel assujettissement expose les femmes aux risques. Par conséquent la meilleure solution, pour pouvoir gérer leur avenir est d'avoir une progéniture nombreuse surtout des garçons, d'où une certaine réticence à utiliser les méthodes de la planification familiale. Parlant des naissances, elles tiennent une place capitale et sont couvertes de tant de solennités. C'est pourquoi la vie est sacrée et ne doit être contrariée ou empêchée par l'utilisation de quelque méthode contraceptive que ce soit.

En ce qui concerne la religion, surtout le “vodun” pratiqué dans le milieu, il faut remarquer qu'elle a une incidence sur la pratique ou l'utilisation des méthodes contraceptives, puisque pour certains adeptes, la religion ne reconnaît pas cette pratique. Etant donné que les femmes sont les principales pourvoyeuses de protection sociale, le rôle « nourricier » que leur a assigné la tradition les amène à prendre soin des personnes malades et des personnes âgées, bref endosser les charges de santé et éducation. Il leur revient de rechercher l'ultime recours auprès des « dieux » ou du Vodou. Ce faisant elles sont plus ancrées dans les pratiques traditionnelles que modernes.

En dehors de cette élaboration et transmission de normes et valeurs par l'éducation familiale et sociale, les sociétés fixent des règles pour gérer les relations de genre. Le domaine le plus évident est celui du mariage. Ces règles restent non écrites dans certaines sociétés, ce qui ne les empêche pas d'avoir « force de loi ». Le droit coutumier définit dans les sociétés concernées comment régler les litiges matrimoniaux, les problèmes de dot, etc. autant de problèmes qui traduisent un état des normes en vigueur concernant les relations entre hommes et femmes. La dot est considérée par certains hommes comme étant le « prix » de la femme. Cela se traduit par l'autorité écrasante que ces derniers exercent sur celle-ci, qu'ils considèrent comme étant des êtres « inférieurs ». C'est en quelque sorte la dot qui définit le mariage entre les deux sexes et

l'homme pourra avoir plusieurs femmes. Le marché est le domaine privilégié des femmes, ce qui leur assure le monopole du commerce. Cependant, de par leur place sur la scène économique, le marché est pour elle le lieu de se compenser par le capital social. En effet, ce sont les femmes qui ont cultivé du capital social pour une bonne gestion de leur vie quotidienne. Par conséquent, le communisme est privilégié au détriment l'individualisme.

III.1.3.3. Les Infrastructures

On trouve également à Savalou quelques installations infrastructurelles réalisées par les colons, les différents gouvernements successifs et les partenaires techniques au développement. Il s'agit de garderies, des écoles primaires et des Collèges d'Enseignement Général, des bibliothèques, des pompes, des barrages et des églises. A Savalou, on trouve des écoles primaires publiques et des centres de santé dans tous les quatorze (14) arrondissements de la commune et au moins un module de trois classes par village. Le barrage d'Agbado situé à l'entrée de Savalou centre permet l'irrigation des cultures maraîchères en saison sèche et alimente la population en eau potable. Avec l'influence des religions étrangères, on assiste à l'implantation de nouvelles églises, mais la religion animiste demeure toujours majoritaire.

III.2. Historique de la planification familiale dans le monde

Le désir de l'homme d'être maître de son destin de procréateur semble aussi vieux que l'humanité elle-même. Le Papyrus égyptien de Pétri écrit vers 1850 avant J.C. et celui d'Ebers, qui remonte à l'an 1550 avant J.C. ont décrit un grand nombre de méthodes de régulation des naissances dont beaucoup sont des élixirs de charlatan. Les philosophes grecs connaissaient déjà la régulation des naissances il y a au moins 2 400 ans avant J.C. Au IX^e siècle avant notre ère, Aristote déclarait qu'il était dans l'intérêt de l'Etat de maintenir la population à un niveau stable. Il décrivait ce qu'était la contraception et recommandait que le pays vote des lois visant à limiter le nombre des enfants par famille. Actuellement certains pays d'Asie adoptent des mesures semblables.

En France, c'est une femme, Marie Huot, qui la première lança publiquement, en 1892, la revendication du droit des femmes à la libre maternité. Elle même dira que ce jour-là, elle avait prêché la "grève des ventres", exprimant ainsi le caractère global et collectif des luttes que les néomalthusiens allaient mener en France et à l'étranger. Comment cette idée est-elle née? Elle a pour origine la théorie du Prêtre anglican Malthus sur la limitation des naissances, appelée communément malthusianisme. Il s'agit d'une théorie de politique économique préconisant la réduction du nombre des naissances de peur que la population ne s'accroisse trop vite par rapport aux ressources économiques disponibles sur la

planète. Pour parvenir à cette limitation, Malthus recommandait comme moyens : le mariage tardif et l'abstinence dans les relations sexuelles hors mariage. Les disciples de Malthus, tout en reprenant ses idées sur la nécessité de la limitation des naissances, y ajoutèrent d'autres perspectives. Pour la plupart de ceux-ci, il s'agit essentiellement de permettre à chacun d'avoir le nombre d'enfants qu'il désire, en rapport avec ses ressources, afin que ceux-ci puissent être entretenus et éduqués de manière convenable et d'éviter la misère qu'engendrent les excès d'enfants dans les classes pauvres. Pour beaucoup, il s'agit également d'aider les femmes à se libérer, en se rendant maîtresses de leurs corps, face aux maternités non désirées.

Enfin, pour ceux qui se définissent comme pacifistes, il est question d'éviter de faire naître des enfants qui seraient condamnés à périr sur les champs de bataille. Mais plus encore que les principes, ce sont les moyens préconisés par les néomalthusiens pour limiter les naissances qui vont les opposer à Malthus. Pour ces militants, il ne s'agit plus de prêcher le mariage tardif ou l'abstinence sexuelle, mais de faire connaître et de propager tous les moyens qui permettent d'avoir des relations sexuelles sans risques de procréation. Telles furent donc les bases du mouvement néomalthusien dont l'audience allait rapidement dépasser les frontières anglaises et réunir dans ses luttes tant d'hommes et de femmes différents, mais aussi soulever, pour longtemps, de nombreuses oppositions.

Ensuite, il y a eu la naissance des premiers mouvements néomalthusiens dans différents pays. C'est le cas de Margaret Sanger (1883-1966) qui après maintes difficultés et poursuites, crée le "Birth Control Mouvement", aux Etats-Unis en 1916. En France, cette implantation du néomalthusianisme vient de l'anarchiste Paul Robin, figure originale et sympathique dont la vie fut un perpétuel combat pour la libération des hommes et des femmes et pour l'avènement d'une autre société.

Dans son premier numéro, Robin s'adresse directement aux femmes : "Femmes, sœurs bien-aimées, si vous jugez que votre santé ou votre situation matérielle et les autres circonstances ne vous permettent pas actuellement d'avoir un enfant dans de bonnes conditions de naissance, de lui donner les soins de toute nature et l'éducation attentive dont il aurait besoin, vous avez le droit et le devoir de vous abstenir d'être mère. Cela dépend entièrement de vous, vous êtes absolument maîtresses de votre destinée. Il ne faut pas que vous ignoriez, ni vous, ni vos compagnes de souffrance, que la science vous a émancipées de l'épouvantable fatalité d'être mères contre volonté. La ligne de la régénération humaine a pour but d'enseigner ces conquêtes scientifiques à celles qui les ignorent".

Aujourd'hui, la pudibonderie est morte, le planning familial est devenu l'un des droits fondamentaux de l'homme et il a été reconnu comme tel par les Nations-Unies elles-mêmes.

III.2.1. Planification familiale en Afrique de l'ouest

Depuis de nombreuses années, les bailleurs de fonds et les gouvernements concentrent leur attention sur la planification familiale en Afrique de l'Ouest, tant pour améliorer la santé maternelle et infantile que pour renforcer le développement économique. Cependant, vue l'ampleur de la pandémie du VIH-SIDA dans la région, la planification familiale a enregistré une réduction de ces efforts. La plupart des experts reconnaissent que l'Afrique subsaharienne est en transition et enregistre une réduction du nombre de naissance par femme, encore que le recours à la planification familiale ait enregistré une augmentation lente et demeure aujourd'hui relativement faible. Le mariage précoce, la pression sociale pour avoir beaucoup d'enfants et un accès limité à l'éducation sont au nombre des facteurs qui empêchent la fécondité de diminuer plus rapidement.

Les experts de la planification familiale adoptent souvent une perspective régionale de la planification familiale et se réfèrent à la région de l'Afrique de l'Ouest comme un tout, mais cette perspective risque cependant de masquer les fluctuations de la prévalence, la combinaison des méthodes et les caractéristiques des clients d'un pays à l'autre. Ces moyennes sont utiles pour comparer cette région à d'autres régions, car elles fournissent des informations au niveau macro, alors que d'autres facteurs, tels que l'économie, la gouvernance et le fardeau de la maladie, constituent des déterminants importants

de l'utilisation de la contraception au niveau individuel. Cependant, lorsque l'on examine les variations à l'intérieur d'une région, notamment au niveau national ou sub-national ou au sein de groupes spécifiques, comme les résidents des zones rurales, les pauvres ou les jeunes, on a une idée beaucoup plus claire de la manière dont les efforts de planification familiale fonctionnent dans différents contextes.

Au cours des dix dernières années, l'utilisation de la planification familiale par les femmes mariées en Afrique de l'Ouest est de 6,3%. Bien que les taux d'utilisation de la planification familiale aient plus que doublé, l'Afrique occidentale demeure en retard par rapport aux autres régions de l'Afrique. L'emploi de la planification familiale reste faible donnant un taux moyen extrêmement élevé de naissances par femme dans la région, soit 5,7. Qui plus est, étant donné la jeunesse de la population de l'Afrique de l'Ouest, le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants devrait augmenter de 69 millions en 2008 à 83 millions en 2015. La combinaison de cette forte fécondité et du nombre croissant de femmes en âge d'avoir des enfants présente un cadre idéal pour une croissance démographique rapide continue et crée des défis considérables pour répondre aux différents besoins de chacun des groupes.

Selon la recherche réalisée en mars 2008 par Jay Gribble, sur les 13% de femmes mariées ayant recours à la planification familiale en Afrique de l'Ouest,

2/3 ont utilisé une méthode moderne : le 1/3 restant s'en remet à une méthode traditionnelle. En d'autres termes, moins d'une femme mariée sur 10, âgée de 15 à 49 ans se sert d'une méthode moderne et efficace de planification familiale et la grande majorité ne fait rien pour éviter une grossesse. La méthode la plus utilisée dans la région est le contraceptif oral sélectionné par 3% des femmes. Ensuite viennent les contraceptifs injectables, les préservatifs et l'abstinence périodique utilisés chacun par 2% des femmes de la région. Bien que les taux d'utilisation des contraceptifs demeurent relativement faibles 23% des femmes de la région en âge d'avoir des enfants ont indiqué qu'elles préfèrent éviter une grossesse mais elles n'utilisaient aucune méthode de planification familiale. C'est ce que l'on appelle les besoins non satisfaits de planification familiale ; 7 sur 10 de ces femmes souhaitent espacer leurs grossesses. Elles voudraient avoir des enfants dans l'avenir mais souhaitent reporter leur prochaine grossesse. Une proportion plus modeste de femmes (3 sur 10) a indiqué qu'elles préféreraient en fait ne plus tomber enceintes et souhaitent limiter le nombre de leurs enfants.

Les taux d'utilisation de la planification familiale sont plus faibles chez les femmes pauvres que chez leurs homologues des groupes plus aisés, comme c'est souvent le cas dans divers services de santé. Pour évaluer les tendances d'utilisation de la planification familiale entre les différents groupes économiques, il a divisé les femmes en cinq groupes représentant chacun

environ 20% du total en fonction de leur richesse (mesurée en fonction des biens appartenant au ménage). Dans le groupe le plus pauvre des femmes de la région, 4% seulement utilisent des services de planification familiale sous une forme ou une autre, moderne ou traditionnelle. Par contre, 20% des femmes du groupe le plus riche ont recours à la planification familiale. Bien que les taux de prévalence soient cinq fois plus élevés que celui du groupe le plus pauvre, ils demeurent faibles au sein du groupe le plus riche en Afrique de l'Ouest comparée à d'autres régions. En Afrique Australe, par exemple, le taux de prévalence au sein du groupe le plus riche est de 69%.

III.2.1.1. Du droit à l'adoption de la planification familiale

Les individus et les couples ont le droit de décider librement de maîtriser ou non leur fécondité et de déterminer quelles méthodes ils souhaitent utiliser. Lorsqu'ils sollicitent des services contraceptifs, les clients devraient par ailleurs pouvoir exercer leur liberté en ce qui concerne le choix de la méthode contraceptive. Les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent aider les individus à effectuer un choix libre, en leur fournissant sans a priori les informations et conseils, en leur offrant le choix parmi une gamme appropriée de moyens contraceptifs. Pour autant qu'il n'existe pas de contre-indications, les clients doivent pouvoir obtenir la méthode de leur choix. Ce que le client juge acceptable et approprié à un moment donné est susceptible de changer en

fonction de l'évolution de ses circonstances personnelles. En conséquence, le droit de choisir implique également la faculté pour le client d'abandonner une méthode de contraception au profit d'une autre.

Le droit de choisir s'exerce de la façon suivante : dans toute la mesure du possible, il faut que les patientes puissent aller où elles le souhaitent pour obtenir des services de planification familiale ou tout autre service de santé sexuelle et reproductive, et de choisir le type de prestataires qui leur convient le mieux. En d'autres termes, elles doivent pouvoir choisir tant le lieu que le mode de prestation de service (par exemple les antennes locales, la pharmacie ou tout autre point de distribution, l'hôpital, le centre médico-social ou une clinique de santé sexuelle et reproductive). Qu'ils soient gouvernementaux, non gouvernementaux ou privés, tous les organismes prestataires de services se doivent d'être favorables à l'établissement d'autres centres de distribution.

Cadre légal et institutionnel

Conscient de l'importance du rôle de la femme au sein de la famille (nucléaire ou large) et en réaction aux engagements pris en faveur des femmes, particulièrement à Beijing en 1995, le Gouvernement béninois a créé en 1998 un Ministère chargé de la Promotion de la Femme et de la famille, devenu Ministère de la famille et de la Solidarité en octobre 2008. C'est dans ce sens

qu'un document de Politique Nationale de Promotion de la Femme a été adopté par le Gouvernement en janvier 2001. Cette volonté politique se résume essentiellement dans le Programme d'Action du Gouvernement 1996-2001 (PAG I), par la déclaration suivante : "La promotion de la femme béninoise est l'un des vecteurs principaux du développement de notre pays et les jeunes constituent l'espoir de la nation : nous voulons créer les conditions qui leur permettent d'apporter à la construction nationale leurs initiatives et leurs forces vives, sources essentielles du progrès". Le cadre est donc tout tracé pour rendre la femme béninoise de plus en plus autonome.

III.2.1.2. Effets d'un ralentissement de la croissance démographique

Au fur et mesure qu'une population de plus en plus nombreuse choisit la planification familiale, la fécondité diminue tandis que se ralentit la croissance démographique. Bien que la fécondité ait reculé dans le monde entier, de nouveaux fléchissements revêtiraient une importance fondamentale pour de nombreux pays en développement. La population mondiale a atteint 6 milliards et augmente à raison de près de 80 millions par an. Il économise des ressources, préserve la pureté de l'air et de l'eau, améliore la santé, affaiblit les pressions qui s'exercent sur les villes, et aide à éviter les conflits. Il accorde des délais et, comme une proportion plus grande de la population se trouve en âge de procréer, fournit une prime démographique qui peut être investie dans l'éducation la

création d'emploi, les soins de santé et d'autres interventions visant à relever les niveaux de vie.

Plus tôt la fécondité tombe à un faible niveau, mieux la plupart des pays seront en mesure d'obtenir un développement durable. Aujourd'hui, des reculs de fécondité, même minimes, se traduisent par d'importantes différences des futurs effectifs de la population. Si on agit dès aujourd'hui quant aux soins de santé reproductive, on peut aider à répondre aux besoins actuels de la population et améliorer les perspectives qui s'ouvrent au XXI^{ème} siècle.

III.2.3. Influence des religions sur l'adoption des méthodes contraceptives modernes

✓ L'Islam et la planification familiale

« Ne tuez point vos enfants par crainte de pauvreté : nous leur donnons leur nourriture, ainsi qu'à vous. Les meurtres que vous commettez sont un péché atroce (Coran : verset 33 : Sourate, le voyageur nocturne). Si les avis sont partagés pour l'avortement avant le quatrième mois, le recours aux contraceptifs et aux méthodes de contraception ne fait l'objet d'aucun désaccord. Pour l'Islam, "la loi de Dieu réside là où se trouve le bien" ; aussi faut-il tout d'abord chercher à éliminer le mal, ainsi que l'énonce le verset suivant du coran « Allah ne veut vous imposer aucune gêne mais il veut vous purifier et parachever son bienfait envers vous. Peut-être serez-vous reconnaissants » (verset 6).

C'est pourquoi pour le musulman, la planification familiale devrait se manifester à différents niveau :

- planifier le nombre d'enfants à savoir si l'on en veut peu ou beaucoup ;
- planifier dans le but de fonder une famille sur des bases saines ;
- planifier par rapport aux relations entre mari et femme, parents et enfants et entre famille et proches ;
- planifier pour des motifs d'ordre scientifique, culturel médical et social.

Il est donc clair pour nous que le verset se rapportant aux enfants que l'on tue par crainte de pauvreté vise dans ce cas des êtres vivants et ne peut servir d'argument en faveur de la thèse qui prétend que la planification familiale est interdite par le coran. En effet, il ne s'agit point de détruire ou de se débarrasser d'un fœtus vivant ou d'un individu ayant une âme, mais simplement de prendre les mesures nécessaires pour éviter une grossesse. En définitive, la planification familiale est conforme à la position de l'Islam vis-à-vis de la régulation des naissances, tant qu'elle s'accorde à rendre les parents plus conscients de leur responsabilité envers leurs enfants dont ils doivent prendre soin pour les aider à croître sains et forts.

✓ **La foi catholique et la planification familiale**

Jean Paul II disait il y a quelques années : « la sexualité par laquelle l'homme et la femme se donnent l'un à l'autre par des actes propres et exclusifs des époux n'est pas quelque chose de purement biologique, mais concerne la personne humaine dans ce qu'elle a de plus intime. Elle ne se réalise de façon véritablement humaine que si elle est partie intégrante de l'amour dans lequel l'homme et la femme s'engagent entièrement l'un vis-à-vis de l'autre jusqu'à la mort. La donation physique totale serait un mensonge si elle n'était pas le signe et le fruit d'une donation personnelle totale dans laquelle toute la personne jusqu'en sa dimension temporelle est présente ». Pour le catholique, la rencontre mâle-femelle chez l'animal sexué, se fait au hasard de l'instinct et n'a pour but que la continuation de l'espèce. Pour l'homme et la femme la rencontre sexuelle est l'acte de deux personnes qui apportent dans cette rencontre tout le contenu de leur être : un engagement total de la personne humaine. La finale de l'acte conjugal même si elle n'est pas toujours féconde, n'a pas seulement pour but la continuation de l'espèce humaine, mais celui de procréer de nouveaux enfants appelés à l'éternité de l'amour. Ce sont ces valeurs de communion inséparables des valeurs de procréation que l'église catholique propose comme constitutives du bonheur des époux.

C'est en Juillet 1968, dans la lettre encyclique *Humanae Vitae* que le Pape Paul VI a déclaré inacceptable pour une conscience catholique l'usage des moyens artificiels de régulation des naissances ou de contraception. Pourtant, l'église catholique ne s'oppose pas aux progrès scientifiques et aux techniques modernes. Elle reconnaît volontiers la valeur de la science quand elle est mise au service du bien-être de l'homme. Mais dans le cas d'espèce, l'église catholique ne peut en aucune façon dissocier le lien voulu par Dieu entre l'union des époux et la procréation. En ayant recours à la planification familiale (stérilet et condom, pilule et autres), les époux séparent ces deux buts de l'acte sexuel : l'union et la procréation. En recourant à la planification familiale, les époux catholiques se rabaissent à la seule recherche d'un plaisir égoïste qui remet alors radicalement en cause le sens de la donation totale et mutuelle dont parle Jean-Paul II.

Comment alors espacer les naissances dans un couple catholique ? L'église conseille tout simplement de pratiquer la continence périodique, une disposition naturelle voulue et prévue par Dieu. Cette pratique exigeant la concertation des époux et une prise de responsabilité commune ne peut être qu'un facteur d'union et de communion plus grande.

✓ **Les églises protestantes et la planification familiale**

Contrairement à l'église catholique, les églises protestantes dissocient l'acte sexuel de la procréation. Pour elles, la procréation n'est pas la seule fin du mariage. C'est pourquoi les églises protestantes encouragent et exhortent les populations à adopter une méthode contraceptive et à opter pour la planification familiale. En effet, pour des raisons de difficultés matérielles, difficultés d'accueil d'un nouveau-né, les moyens anticonceptionnels sont autorisés. L'église protestante trouve immorale, risquée et même destructrice la continence prolongée dans un couple. Toutes les églises protestantes condamnent l'utilisation de méthodes contraceptives si elles servent l'égoïsme de l'un des époux car cette attitude peut gravement miner et nuire à l'autre, ce qui est une atteinte grave à l'amour.

✓ **Les religions traditionnelles et les méthodes modernes.**

On a souvent perçu en Afrique la contraception comme une importation occidentale, comme un instrument de l'impérialisme et du néocolonialisme. Or existait depuis très longtemps dans les sociétés africaines des méthodes de planification familiale. Elles passent de l'abstinence sexuelle (la femme doit s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à ce que l'enfant soit sevré), soit coït interrompu, à la toile d'araignée utilisée à la manière d'un diaphragme, à l'utilisation de potion de racine ou de bagues à effets anticonceptionnels.

III.3. Planification familiale : un outil d'autonomisation de la femme "maxi" ?

Les sociétés définissent généralement certaines caractéristiques comme étant féminines ou masculines ; certaines activités comme convenant aux femmes ou aux hommes ; certaines normes comme devant être appliquées aux rapports entre les femmes et les hommes. Ces stéréotypes ou images créent un déséquilibre social entre les deux composantes de la société. Il résulte de ces stéréotypes un statut défavorable pour la femme. La décennie des Nations Unies pour la femme (1975-1985) a amené les Etats à prendre davantage conscience de l'importance de la participation des femmes au développement et à s'engager résolument dans la mise en place de cadre institutionnels et la réalisation d'actions concrètes pour l'instauration d'un monde plus équitable. Pour ce faire il a été mis en œuvre des actions susceptibles de contribuer à donner aux femmes un meilleur accès aux ressources et à leur contrôle : un meilleur accès aux bénéfices et à leur contrôle en vue de leur réinvestissement dans des actions de développement. Ainsi, l'autonomisation de la femme désigne les mécanismes de renforcement progressif de la capacité de la femme à satisfaire ses besoins immédiats tout en améliorant aussi bien sa situation économique que son statut social et juridique. L'idée est de donner aux femmes les moyens nécessaires en vue de les rendre plus autonomes. L'accès universel aux soins de santé en matière de reproduction, l'éducation pour tous et l'affranchissement des femmes

constituent en eux-mêmes des objectifs de développement ; mais ces objectifs sont aussi les conditions à remplir pour mettre fin à la pauvreté, abolir l'écart entre riches et pauvres dans le monde et créer une société planétaire qui soit à la fois stable et juste. La problématique mise en relief à travers l'analyse de la situation de la femme au Bénin, indique les domaines d'actions prioritaires relevant surtout du juridique, de l'économique et du social. Pour lever les obstacles qui entravent la participation des femmes à la planification et à la mise en œuvre des programmes et projets, il est indispensable qu'elles puissent accéder aux ressources productives, qu'elles puissent les contrôler et qu'elles aient plus d'opportunités à participer aux prises de décisions. Les principaux indicateurs à prendre en compte pour mieux apprécier les liens entre l'autonomisation de la femme, la promotion de la famille et la santé de la reproduction sont :

- le cadre légal et institutionnel ;
- la lutte pour la réduction de la pauvreté des femmes ;
- l'accès plus grand à l'éducation et à la formation ;
- l'accès à la santé de la femme et de la petite fille ;
- la lutte contre les violences à l'égard des femmes ;
- le statut juridique et social de la femme (code de la famille) ;
- la participation des femmes à la prise de décision.

III.3.1. La planification familiale dans le processus de développement du Bénin

Parlant de l'importance de la planification familiale dans le processus de développement, le Gouvernement béninois ne garde toujours pas son mutisme. Deux lois furent votées et promulguées en 2003 : il s'agit des lois n° 2003-03 et du 2003-04 du 3 mars 2003. La première portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin et la seconde relative à la santé sexuelle et à la santé de la reproduction. En son article 16, la loi N°2003-04 stipule que « la contraception comprend toute méthode appropriée reconnue effective et sans danger. Elle comprend les méthodes modernes (temporaires, permanentes), traditionnelles et populaires. Toute la gamme des méthodes contraceptives légales doit être autorisée et disponible après consultation. Le droit de déterminer le nombre d'enfant et de fixer l'espacement de leur naissance confère à chaque individu la faculté de choisir parmi toute la gamme de méthodes contraceptives effectives et sans danger, celle qui lui convient. La fabrication, l'importation de produits contraceptifs de même que la promotion et le marketing des méthodes contraceptives sont autorisées selon les conditions fixées par un décret pris en conseil des ministres ». Par ailleurs et selon l'article 17, l'interruption volontaire de grossesse n'est autorisée que dans les cas suivants et sur prescription d'un médecin :

- lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ;
- à la demande de la femme lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse ;
- lorsque l'enfant à naître est atteint d'une affection d'une particulière gravité au moment du diagnostic.

Les programmes de planification familiale aident des millions de gens en fournissant des soins de santé reproductive qui sauvent des vies, leur fait éviter des grossesses non souhaitées. L'engagement des dirigeants et un bon financement des programmes de planification familiale sont des éléments essentiels pour assurer un accès généralisé à de bons soins de santé reproductive. Le soutien des agents de santé, des décideurs, des organismes bailleurs de fonds, des organisations féminines, des médias et des dirigeants communautaires et religieux joue également un rôle important.

Au fur et à mesure qu'augmente la demande de santé reproductive, le plaidoyer en faveur de la planification familiale prend une importance fondamentale. Il y a dans le monde jusqu'à 700 millions d'êtres qui pratiquent la contraception : et des millions d'autres le feraient s'ils avaient un meilleur accès à des services de bonne qualité. Bien que les niveaux de fécondité diminuent dans une grande partie du monde, une croissance démographique rapide continue à poser

problème avec acuité dans la plupart des pays en développement, où les besoins sont considérables au regard de moyens réduits. Pour de nombreux programmes, le plaidoyer représente une responsabilité nouvelle et stimulante. Il doit attirer et retenir l'attention d'acteurs clés en leur présentant de façon persuasive des arguments puissants. En particulier ce sont les recherches étayées par des preuves tangibles à propos des avantages de la planification familiale qui aident les dirigeants à justifier leur adhésion et déterminer leur soutien et leur décision.

III.3.2. Avantages de la planification familiale

La planification familiale apporte beaucoup d'avantages aux individus et aux pays. Parmi les plus importants, on peut retenir :

- **Empêcher des femmes de mourir.** En évitant des grossesses non désirées, on pourrait empêcher le quart environ des décès maternels qui se produisent dans les pays en développement. En particulier, la pratique de la contraception aide à éviter les avortements dangereux dont le but est de mettre un terme à des grossesses non souhaitées. Elle donne aussi aux femmes la possibilité de limiter les naissances au cours de leurs périodes et années fécondes et d'éviter les nombreuses grossesses qui risquent alors de compromettre leur santé.
- **Empêcher des enfants de mourir.** Un espacement d'au moins deux ans entre les naissances aide les femmes à avoir des enfants en meilleure

santé, améliorant ainsi d'environ 50% leurs chances de survie. Si en limitant les naissances aux meilleures années fécondes des femmes, on améliore les chances de voir ces enfants survivre en meilleure santé.

- **Offrir aux femmes un plus grand nombre de choix.** Pour beaucoup de femmes, pouvoir exercer un contrôle sur sa propre fécondité grâce à une contraception efficace peut ouvrir la voie à l'éducation, l'emploi, la participation à la vie communautaire. En outre, les couples qui ont moins d'enfants ont plus de chances de scolariser aussi bien leurs filles que leurs garçons.
- **Encourager l'adoption d'un comportement sexuel moins dangereux.** Toute personne sexuellement active a besoin de se protéger contre les infections sexuellement transmises (IST), y compris le VIH/SIDA. La meilleure solution consiste à toujours employer correctement les condoms, ou à éviter d'avoir des contacts sexuels sauf dans le cadre de rapports mutuellement monogames. Bien soutenus par les parents, les élèves et étudiants etc., les programmes de planification familiale pourraient aider les jeunes à prendre de façon responsable leurs décisions en matière de sexualité, et à éviter ainsi les IST et les grossesses non souhaitées. Quant aux couples, malgré la volonté manifeste des femmes de mettre à profit et en pratique les méthodes de planning familial, elles

se voient contraintes par le pouvoir des hommes et les caprices et humeurs de ces derniers.

Conclusion partielle

Le champ d'investigation, et l'historique de la planification familiale sont d'une grande utilité dans cette recherche. Le champ d'investigation a permis de mieux appréhender l'organisation sociale, l'organisation politico-religieuse les activités économiques, le pouvoir traditionnel chez les maxi de Savalou. L'historique de la planification familiale de son côté a permis d'avoir une vue large de la contraception de par le monde.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE IV : DE LA PERCEPTION AU VECU DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LE MAXI DE SAVALOU

Le recours à la contraception peine à se réaliser chez les “maxi” de Savalou. Ce chapitre fait ressortir fondamentalement les perceptions sociales et les vécus de ces acteurs.

IV.1. Connaissances, pratiques contraceptives, et comportements natalistes des ménages en milieu maxi de Savalou

La connaissance sur les méthodes contraceptives ainsi que leurs effets sont des variables importantes pour l'adoption de la planification familiale au sein des couples à Savalou.

IV.1.1. Connaissances de la contraception chez les “maxi” de Savalou

Ici, il s'agit d'apprécier le niveau de connaissance de la contraception et son utilité au sein des couples à Savalou. La question sur la connaissance de la contraception est largement partagée par les enquêtés. De façon générale, on peut dire que les ménages enquêtés ont une assez bonne connaissance de la planification familiale. Selon ces derniers la planification permet de limiter les naissances et d'avoir d'enfants selon son désir. De même, pour les ménages appropriés, l'intérêt de la planification est que « l'enfant puisse s'occuper de

son petit frère » c'est-à-dire le plus grand puisse garder le petit pour permettre à la mère de vaquer à ses occupations (enquête de terrain, 2015). C'est d'ailleurs la définition qui est ressortie de façon récurrente au cours de l'enquête.

D'après les différents entretiens, les couples sont plus ou moins unanimes sur l'utilité pratique de la planification familiale qui de leur avis est un facteur concourant à l'épanouissement des individus. Le spectre des grossesses rapprochées est un phénomène que beaucoup de femmes interrogées redoutent puisqu'elles le vivent assez mal dans leur chair et dans leur esprit. Celles qui en sont victimes connaissent des périodes émaillées d'ennuis sanitaires : maladies diverses, dystocies etc. Ce qui fait dire à certaines d'entre elles que les hommes ne se sentent que peu concernés par ces questions. Au cours de l'enquête de terrain, une femme ménagère a laissé entendre ce qui suit :

« Il faut vivre la situation pour savoir l'utilité de l'espacement des grossesses sinon tu ne peux pas la comprendre. Les hommes n'étant pas directement porteurs des grossesses rapprochées, ils ne vivent pas dans leur chair ce que certaines femmes endurent au cours de leur vie génésique. Il y a absence de compassion même si la procréation est normalement un projet conjugal ».

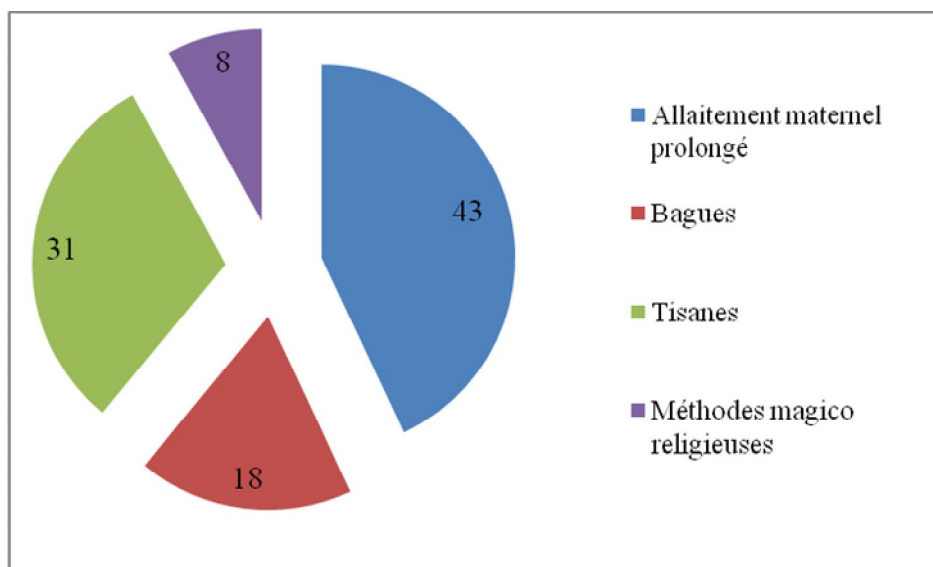
En effet, les hommes, contrairement aux femmes sont moins informés sur les produits contraceptifs. Par ailleurs, il existe des expressions populaires stigmatisant les femmes qui n'espacent pas leurs naissances. Ces expressions populaires recouvrent plusieurs aspects de la procréation. Certaines condamnent

une procréation basée sur les grossesses rapprochées. Quelques-unes ont été mentionnées au cours de l'enquête de terrain à savoir :

- “*djidédjito*“ pour signifier la femme qui a des naissances ou des grossesses rapprochées ;
- “*coclovi djito*“ qui signifie une femme qui pond à la manière d'une poule.

De même les enfants issus de ces grossesses rapprochées sont appelés *djidé*, ces enfants ont à peu près la même taille et à apparemment le même âge. Sur la base de ces constructions sémiologiques, nous pouvons dire que les aspirations des couples en faveur d'une large progéniture se combinent avec des représentations sociales favorables à un espacement des naissances. Il faut noter que les ménages interviewés ont une connaissance sur les pratiques traditionnelles de contraception. Le tableau de la page suivante indique le niveau de connaissance des méthodes contraceptives traditionnelles au sein des couples dans le milieu maxi de Savalou en République du Bénin.

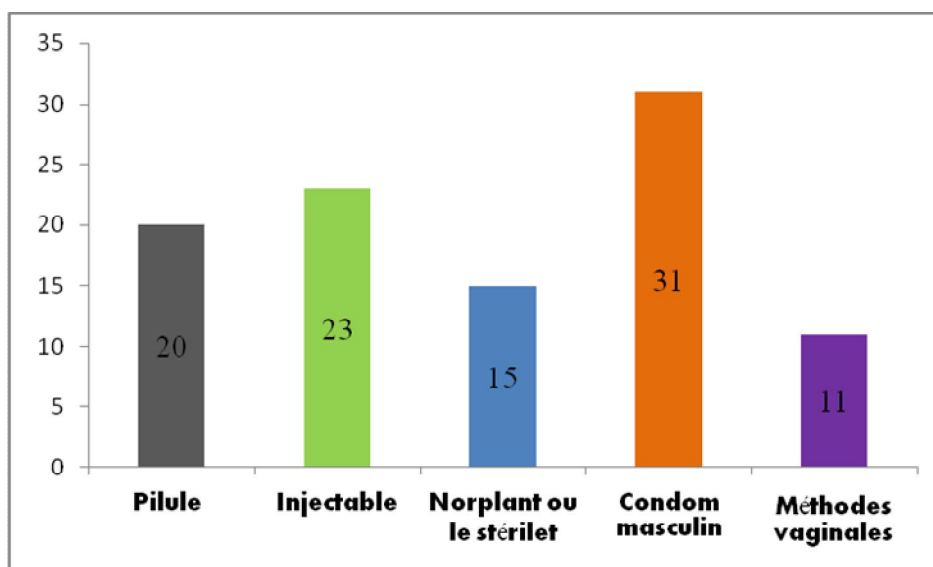
Graphique 1: Répartition (%) selon le niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives traditionnelles (N=627)



Source : Données de terrain, 2015

En ce qui concerne la connaissance des méthodes traditionnelles, le tableau indique que 43% des informateurs connaissent l'allaitement prolongé comme une méthode contraceptive, 31% des interviewés ont estimé connaître l'existence des tisanes. Le niveau de connaissance des bagues et des méthodes magico religieuses occupent respectivement 18% et 8%. Quelques acteurs interviewés pensent que les méthodes magico- religieuses sont aussi un moyen qui reste méconnu du grand public. Traditionnellement, certains interlocuteurs pensent que les méthodes traditionnelles de contraception constituent un moyen de contrôle des naissances.

Graphique 2: Répartition (%) selon le niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives modernes (N=627)



Source : Données de terrain, 2015

En se référant aux couples interviewés, 20% connaissent la pilule comme une méthode contraceptive, 23% de ces interlocuteurs ont estimé connaître l'existence des injectables, 15% affirment connaître le stérilet, le condom masculin avec 31% est la méthode contraceptive la plus connue, les méthodes vaginales représentent 11%. En dehors, de ces méthodes modernes de contraception citées par les couples, le tableau de la page suivante illustre les différents types de contraception, leurs avantages, leurs inconvénients et effets secondaires.

Tableau IV: Méthodes naturelles modernes

Types de contraception	Mode d'action/emploi	Avantages	Inconvénients et effets secondaires
<i>Abstinence</i>	Pas de rapport sexuel entre homme-femme	-absence de grossesse ; -pas de prise de médicaments ; -pas de frais.	-Difficile observance; -expose les deux partenaires au vagabondage sexuel ; -mésententes dans le foyer
<i>Température</i>	-Prise de température chaque matin au réveil à la même heure et transcription sur une courbe ; -guetter le jour où la température va dépasser 37°. A partir de ce moment, la femme sait qu'elle est dans la période d'ovulation donc de fécondité. -Elle reste dans sa période féconde jusqu'au troisième jour après l'ovulation. Avec cette méthode, la femme ne doit pas avoir des rapports sexuels du premier jusqu'au troisième jour après la montée de la température	-aucune prise de médicament ; - moins cher ; -efficacité ; - acceptée par les religions ; -grossesse dès l'arrêt de la méthode, etc.	-Mal acceptée par les couples à cause d'une abstinence plus ou moins longue, -n'est pas applicable chez la femme illettrée, -s'applique difficilement chez la femme qui travaille la nuit, -s'applique difficilement si la femme fait de la fièvre pour raison de maladie (malaria, infection...), -ne protège pas contre les IST et VIH/SIDA
<i>Méthode des jours fixes (MJF)</i>	Le premier jour de vos règles, mettez l'anneau sur la perle rouge, - Marquez le premier jour de vos règles sur votre calendrier. Vous devez connaître ce jour au cas où vous oubliez de déplacer l'anneau, - Chaque matin, déplacez l'anneau dans la direction de la flèche sur le cylindre, - Continuez à déplacer l'anneau chaque jour, d'une perle à l'autre, même les jours où vous avez vos règles, - Le jour où vos prochaines règles viennent, mettez à nouveau l'anneau sur la perle ROUGE. S'il vous reste des perles marron, sautez-les, - Quand l'anneau est sur une perle BLANCHE, vous pouvez tomber enceinte à la suite de rapports sexuels sans protection, - Quand l'anneau est sur une perle MARRON, il est peu probable que vous tombiez enceinte à la suite de rapports sexuels sans protection	-Méthode naturelle, -pas de prise de médicaments ou autre intervention chirurgicale, -simple, facile à enseigner, à utiliser, -efficace à 95% ; -réduit les grossesses non désirées, - moins cher, -accroit la participation et améliore la communication au sein du couple.	-abstinence sexuelle les jours de fécondité ou utilisation d'une méthode de barrière efficace. - ne protège pas des IST/MST.

Tableau V: Méthodes modernes non-médicales

Types de contraception	Mode d'action/emploi	Avantages	Inconvénients et effets secondaires
<i>Condom masculin ou capote</i>	A porter au pénis en érection avant tous rapports sexuels.	Disponible partout sur le marché ; -protège contre IST, VIH/SIDA, et grossesses non désirées ; -pas besoin d'ordonnance ; -efficace immédiatement ; -n'affecte pas l'allaitement, -utilisable en plus d'autres méthodes ; -moins cher.	-Diminue la sensibilité du gland ; -risque de déchirure et d'éclatement ; - Utilisable une seule fois ; - efficacité liée à la volonté de suivre les conseils. -allergie au latex chez certains
<i>Le condom féminin (Fémidon)</i>	Protège contre les IST/VIH/SIDA et les grossesses non désirées.	-Efficace immédiatement ; -solide et résistant (ne se déchire pas facilement) ; -pas d'allergie, -rend la femme autonome et responsable de sa sexualité ; -s'adapte aux tailles des vagins ; -recouvre tout le vagin et la vulve de la femme ; -peut être porté 8 heures avant les rapports sexuels ; -pas d'interruption de l'ambiance sexuelle comme le condom masculin ; -utilisation facile après plusieurs essais, -permet aux partenaires de rester un peu plus longtemps enlacés après l'acte sexuel ; -pas d'ordonnance, -n'affecte pas l'allaitement maternel, -peut être contrôlé par la femme	-Coût élevé ; -difficulté d'insertion lors de la première utilisation ; -positions sexuelles réduites. Seule la position dite du missionnaire met à l'aise ; -utilisable une seule fois ; -efficacité dépend de la volonté
<i>Les spermicides</i>	-Produits chimiques introduit dans le vagin avant les rapports sexuels -observer un temps d'attente de dix (10) minutes avant de commencer la pénétration,	-Faciles à acquérir et à utiliser ; -tue ou immobilise les spermatozoïdes dans le vagin ; -indiqués pour les rapports sexuels occasionnels ; -prix abordable.	-Risque élevés d'échecs, -peut provoquer des lésions sur le pénis ou dans le vagin, -sa présence dans le vagin gêne le rapport sexuel (sensation de brûlure, de picotement, de flottement, inflammation du vagin...), -ne protègent pas contre les IST/SIDA.

Source : Données de terrain, 2015

Tableau VI : Méthodes modernes médicales

Types de contraception	Mode d'action/emploi	Avantages	Inconvénients et effets secondaires
<i>Pilule combinée</i>	<ul style="list-style-type: none"> - elle épaissit la glaire cervicale pour empêcher les spermatozoïdes de rentrer dans l'utérus, -. 	<ul style="list-style-type: none"> -Bloque l'ovulation ; -ralentit le transport des spermatozoïdes ; -Ne coûte pas cher ; - très efficace ; -disponible dans les formations sanitaires et pharmacies, -la femme peut reprendre une grossesse dans un délai raisonnable après l'arrêt de la pilule, -régularise les cycles irréguliers, -pas d'infections génitales chez la femme, - indépendante de l'activité sexuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> -Perturbe la paroi utérine qui devient lisse et incapable d'accueillir l'œuf ; - saignements vaginaux, -tension mammaire, - maux de têtes, -absence de menstrues, -nausées ; -vomissements, vertiges, acnés, - prise de poids, - Diminution de la sécrétion du lait chez les femmes qui allaitent, -douleurs à la poitrine, -élévation de la tension artérielle, -baisse du plaisir sexuel
<i>Pilule progestative</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Elle perturbe la paroi utérine qui devient lisse et incapable d'accueillir l'œuf, - Elle apaisait la glaire cervicale pour empêcher les spermatozoïdes de rentrer dans l'utérus, - Elle bloque l'ovulation. 	<ul style="list-style-type: none"> -Très efficace ; - moins cher ; -disponible ; -indépendante de l'activité sexuelle, -peu de contre-indications ; -effets secondaires minimes, -ne diminue pas la production de lait chez la femme allaitante, -pas d'infections génitales chez la femme, -avoir facilement de grossesse après son arrêt. 	<ul style="list-style-type: none"> -absence de règles ; - saignements ; - risque de prendre ou de perdre du poids ; -doit être prise à la même heure ; -prise contraignante ; -nécessite une surveillance médicale, -ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA, - l'oubli augmente l'échec de la méthode, -inefficace en cas de prise de certains médicaments.
<i>Contraceptifs injectables</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Ils bloquent l'ovulation, - Ils perturbent la paroi utérine 	<ul style="list-style-type: none"> -Très efficaces ; -utilisation discrète ; - disponibles dans les formations sanitaires et les 	<ul style="list-style-type: none"> -Prise de poids ; -absence de règles, -saignements vaginaux, nausées, vertiges,

Types de contraception	Mode d'action/emploi	Avantages	Inconvénients et effets secondaires
	qui devient lisse et ne peut recevoir l'œuf, - Ils épaississent la glaire cervicale qui empêche la montée des spermatozoïdes vers l'utérus ;	pharmacies, -prise suffisamment espacée et plus supportable, - indépendants de l'activité sexuelle, -pas d'infection génitale, - n'empêchent pas la production de lait chez la femme allaitante.	vomissements, -tension artérielle élevée ; -l'utilisation nécessite un personnel qualifié, et un suivi médical ; -entraînent des troubles du cycle menstruel ; -retour lent à la fertilité ; -ne peuvent pas être prescrits à la nullipare ou à l'adolescente, -ne protègent pas contre les IST et VIH/SIDA
Le Norplant	-Il bloque l'ovulation, - Il perturbe l'utérus en le rendant incapable d'accueillir l'œuf fécondé, - Il épaissit la glaire cervicale pour empêcher l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus	-Très efficace (98 à 99% de taux de réussite) ; -discret et peut durer jusqu'à 5 ans ; -protection continue ; -indépendant de l'activité sexuelle, -pas d'oubli possible ; -n'entraîne pas d'infection génitale chez la femme, -avoir de grossesse après le retrait du norplant.	- Saignements ; -absence de règles ; - nausées ; - vertiges ; - nervosité ; -expulsion de capsule ; -infection du site d'insertion ; - prise ou perte de poids ; -tension mammaire. -insertion et retrait nécessitent un personnel qualifié; -ne peut pas être inséré à toutes les femmes ; -ne protège pas contre les IST et VIH/SIDA ; -ne peut être administré que par les agents de santé
Dispositif intra-utérin (DIU) Stérilet	-Un petit appareil qu'on introduit dans la cavité de l'utérus. On l'appelle également stérilet. Il existe plusieurs types dont le DIU libérateur d'hormones et le DIU au cuivre	Efficace à 97%, -inséré reste comme une méthode de longue durée.	-Nausées ; -vomissements ; -ne protège pas contre les IST et VIH/SIDA ; -nécessite un personnel formé ; - ne peut pas être utilisée si une grossesse est confirmée ou suspectée.

Source : Données de terrain, 2015

A côté de ces constructions sémantiques sur les grossesses rapprochées, les différents interlocuteurs soumis aux entretiens connaissent bien les méthodes traditionnelles de contraception. Parmi ces méthodes, les enquêtés ont cité quelques-unes : l'allaitement maternel prolongé, le port des bagues, les tisanes. D'autres méthodes dites "populaires" ont été citées par les enquêtés à savoir : l'abstinence sexuelle et le retrait ou le coït interrompu. La plupart des enquêtés sinon tous, ont entendu parler des méthodes contraceptives modernes. Mais cette connaissance dans bien de cas reste vague et limitée. Alors que, certains enquêtés connaissent des produits contraceptifs notamment la pilule, les injectables, le norplant, le préservatif et les méthodes vaginales, d'autres ne les ont pas encore vus mais en ont entendu parler. Si la plupart des couples enquêtés connaissent la planification familiale et son utilité, les pratiques contraceptives demeurent faibles.

IV.1.2. Résistance des "maxi" de Savalou aux méthodes endogènes et modernes de contraception

Les pratiques en matière de contraception dans le cadre de cette recherche concernent largement les techniques endogènes et celles dites modernes. Les méthodes endogènes sont l'ensemble des connaissances populaires en matière de la fabrication des produits contraceptifs traditionnels dont les pouvoirs relèvent des personnes connues sous le signe de tradithérapeutes etc. Le recours aux

méthodes contraceptives modernes n'est pas très répandu malgré la large disponibilité de celle-ci dans les centres de santé des arrondissements. Le tableau de la page suivante illustre l'analyse comparative des méthodes endogènes et modernes de contraception au sein des couples maxi de Savalou.

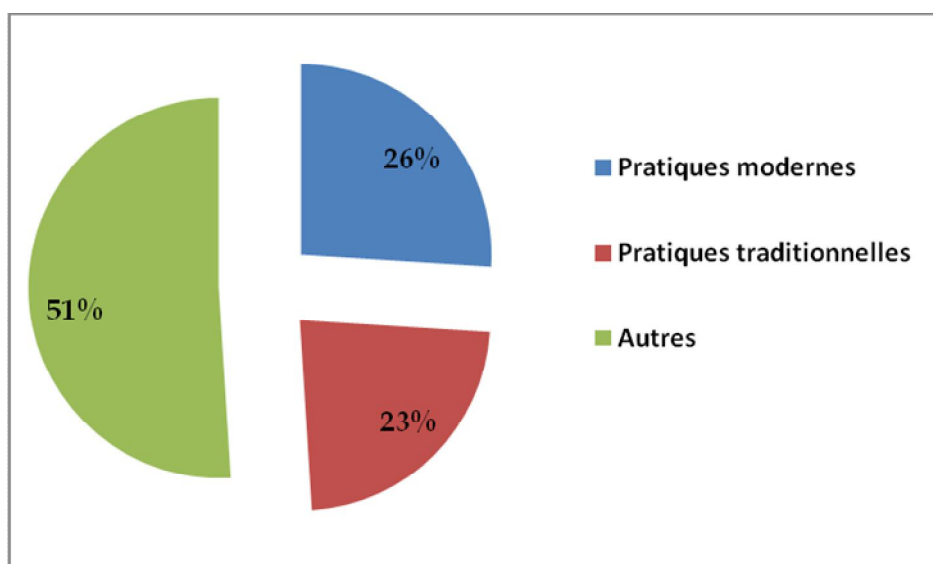
Tableau VII: Analyse comparative des méthodes endogènes et modernes de contraception

Méthodes	Types de méthodes	Avantages	Inconvénients
ENDOGENES	-Allaitement maternel -Tisanes contraceptives -Bagues contraceptives -Abstinence sexuelle -Retrait ou le coït interrompu	Méthodes perçues comme une pratique honorable présentant moins de risques, universellement disponibles, moins chères et parfaitement naturelles qui ne requièrent aucune préparation ni dispositifs extérieurs	Méthodes moins rassurantes utilisées pour parer à des dangers occasionnels parfois anciens
MODERNES	-Pilule contraceptive -Injectables -Préservatifs -Méthodes vaginales -Norplant	Méthodes influençant la qualité de vie et permettant l'espacement des naissances, limitant les grossesses non désirées et évitant les risques plus élevés liés aux grossesses trop précoces	-Préparation et dispositifs extérieurs -La peur des effets secondaires liés aux saignements irréguliers, -plus grande sensibilité des seins, -maux de tête et nausées, -risques de stérilité, -prise de poids, -troubles visuels -Préservatifs défectueux

Source : Données de terrain, 2015

Ce tableau indique l'analyse comparative des méthodes endogènes et modernes au sein des couples à Savalou en matière de contraception. Les entretiens ont permis d'identifier quelques méthodes contraceptives traditionnelles et modernes. Le graphique suivant indique les pratiques contraceptives au sein des couples à Savalou.

Graphique 3: Répartition (%) des enquêtées selon leurs pratiques contraceptives (N=627)



Source : Données de terrain, 2015

Seulement 26% des ménages enquêtés utilisent une méthode contraceptive moderne, 23% de ces enquêtés ont utilisé les méthodes traditionnelles. Les 51% des ménages interviewés n'ayant eu recours à aucune méthode sont non

négligeables et méritent une analyse sociologique de la situation de la sous-utilisation des méthodes modernes de contraception.

➤ Les pratiques traditionnelles

Elles découlent des savoirs des individus. Les méthodes présentées ici n'épuisent pas toute la gamme des contraceptifs traditionnels connus en milieu maxi. Elles demeurent des recettes ésotériques détenues par les personnes âgées. Ce sont ce qu'on pourrait appeler les « recettes de grand- mère ».

- L'allaitement maternel prolongé est une méthode qui se fonde sur l'effet physiologique de la succion pour supprimer l'ovulation. Pour utiliser l'allaitement maternel prolongé en tant que méthode contraceptive efficace, la mère doit nourrir le bébé au lait maternel (allaitement complet) ou du moins, l'allaiter quasi totalement pendant une longue période. Cela se justifie à travers ce témoignage : quand la première fille d'une femme a un enfant, on dit à celle-ci : « *maman, ta première fille a commencé à enfanter. Maintenant toi, tu ne dois plus avoir de nouveaux enfants* » ;
- Certaines plantes relèvent de la pharmacopée traditionnelle dont les vertus reconnues en matière de contraception sont utilisées par certains couples ;

- L'écorce de la plante caïlcédrat appelée "suza", s'utilise par certaines femmes désireuses d'éviter les grossesses rapprochées. L'écorce est préparée comme de la tisane, ou on la met dans une bouteille et on y ajoute du sodabi.

Par ailleurs, lors des enquêtes de terrain, certaines pratiques abortives ont été citées ; il s'agit :

- du mélange de la plante "assou towé dja bo yonoudo" de la bière Guinness et de la potasse ;
- la plante appelé "kodo" ;
- la plante "Hountin "à mettre dans le vagin ;
- *les pratiques magico-religieuses* dont les procédés magiques sont l'apanage de ceux qui détiennent les savoirs endogènes en matière de pratiques contraceptives. La magie se définit comme une science occulte, permettant d'obtenir des effets merveilleux à l'aide des moyens surnaturels ou invisibles. "Elle est effectuée par un individu isolé et marginal, mais ce qui s'exprime en lui est la pression de la société qui croit en la magie (Mauss, cité par Keck, 2002). Ces spécialistes des contraceptions magico- religieuses sont : les guérisseurs traditionnels,

les tradi-praticiens ou les marabouts qui mettent à la disposition de leurs clients les bagues et ceintures contraceptives ;

- les bagues contraceptives : ce sont les guérisseurs traditionnels qui les fabriquent. Ils enseignent aux clients les formules incantatoires à prononcer au début de tout rapport sexuel afin d'éviter toutes grossesses rapprochées. Les bagues sont portées à l'un des doigts et le plus souvent par les femmes. Celles-ci ne doivent pas être enlevées lors de tout rapport sexuel pour éviter le risque de fécondation ;
- les ceintures contraceptives : elles sont portées par les femmes à la hanche pour toute la période où elles désirent rester sans enfanter. Qu'elle soit l'œuvre du marabout ou du guérisseur traditionnel, cette ceinture est confectionnée à l'aide de paroles sacrées déterminant la durée de contraception.

En somme, la contraception traditionnelle est utilisée par une minorité de ménages. La plupart des ménages enquêtés qualifient ces méthodes comme des méthodes anciennes et moins rassurantes.

➤ **Les pratiques biomédicales ou modernes**

Les pratiques en matière de contraception moderne sont limitées au sein des couples en milieu maxi de Savalou. Très peu de femmes ont recours à la

contraception pour espacer les naissances dans la commune. Les consultations en planification familiale ne sont pas régulières. Certaines interlocutrices les apprécient comme des méthodes permettant de contrôler les naissances. Quelques méthodes ont été identifiées. Il s'agit de : la pilule contraceptive, les contraceptifs injectables, le préservatif, le stérilet et les méthodes vaginales de contraception.

- La pilule contraceptive est à la fois l'un des médicaments les mieux connus après le préservatif au sein des couples. Les pilules sont des contraceptifs oraux. Certaines femmes ne prennent la pilule que lorsqu'elles ont fini de faire les enfants. La prise de la pilule n'est pas aisée quand l'oubli s'y mêle. De même, la prise de la pilule assure très peu de discrétion aux utilisatrices, d'abord parce que le produit se prend tous les jours à la maison, où il doit être stocké et peut être visible, ensuite il exige une assiduité (une fois par mois) au centre de santé ;
- Les injectables sont des produits préférés par certaines femmes. Cette préférence pour cette catégorie (par rapport aux contraceptifs oraux) est due aux difficultés liées à l'observance et à la discrétion dans le recours aux contraceptifs oraux. Les propos recueillis auprès d'une couturière vivant en couple confirment

« tu n'as pas à te rappeler de prendre une pilule tous les jours » ;

- Pour leur part, les hommes vivant en couple connaissent quasi-parfaitement les préservatifs qu'ils citent souvent comme procédé de contraception auquel eux-mêmes recourent. Mais, il faut à ce propos souligner l'ambivalence de l'imaginaire populaire puisque dans le même temps, certains hommes mariés soutiennent mordicus que les préservatifs sont aussi propagateurs de maladies

« Le préservatif ; les blancs qui le fabriquent y mettent le virus du sida et dès que tu l'utilises tu es contaminé » et au même interlocuteur d'ajouter « pire, aujourd'hui on dit partout que c'est dans le préservatif qu'on introduit la maladie » **chef maçon marié.**

- Les méthodes vaginales sont des méthodes de contraception. Le contraceptif inséré dans l'utérus de la femme crée un milieu qui détruit les spermatozoïdes. Il faut noter l'exception de quatre femmes qui ont avoué, par le passé, avoir utilisé ces méthodes et les avoir ensuite abandonnées pour des raisons d'effets secondaires. Outre ces différentes techniques comme les méthodes contraceptives modernes, les pratiques populaires et traditionnelles sont connues et utilisées par les couples ;
- Les pratiques dites « populaires » : elles se résument à l'abstinence, au retrait ou à la continence périodique.

L'abstinence sexuelle est une contraceptive prolongée en période d'allaitement. Elle est perçue comme une pratique honorable et dont on parle correctement. De surcroît, elle sauvegarde l'intégrité de la santé maternelle et infantile, diminue donc chez l'enfant les risques diarrhéiques ou des maladies infectieuses, lui apporte des éléments nutritifs essentiels, le protège et renforce les liens affectifs. Cette méthode est également connue par les hommes

La méthode du retrait ou le coït interrompu constitue un contraceptif qui ne requiert aucune préparation ni dispositifs extérieurs. C'est aussi une pratique sexuelle qui consiste à retirer entièrement son pénis du vagin de la femme avant d'éjaculer (interruption du coït vaginal) dans le but d'éviter la fécondation.

IV.1.3. Attitudes des maxi face aux méthodes modernes de contraception

L'enquête qualitative portant sur la pratique de la planification familiale en milieu maxi de Savalou en République du Bénin a permis de saisir les raisons complexes de la résistance des couples face aux méthodes modernes de contraception. La question posée aux enquêtés à ce propos a révélé diverses réponses. Les entretiens approfondis menés avec les femmes ayant eu une grossesse rapprochée ont permis de faire apparaître les difficultés inhérentes à la pratique contraceptive moderne. Or, les échecs contraceptifs sont loin d'être tous évitables. A propos des variables responsables des grossesses rapprochées, on relève quelques obstacles liés aux méthodes modernes de contraception

(préservatifs défectueux, oubli de pilule). Des causes psychologiques plus profondes peuvent intervenir comme l'ambivalence quant au désir de grossesse.

Un autre aspect est apparu, celui de la contraception vécue comme un enjeu des rapports entre hommes et femmes lors de leur relation sexuelle, lié souvent au refus du préservatif par l'homme et à la priorité accordée au plaisir sexuel masculin. "é non du kokoe kpodo akpa ton kpo a" pour signifier qu' « on ne mange pas la banane avec sa peau » a déclaré un jeune conducteur de taxi moto au moment où l'enquête se faisait. Cela confirme bien les comportements sexuels au sein des couples et qui pourraient entraver l'utilisation du préservatif par les hommes et les femmes. Quant à " l'impossible démarche contraceptive" elle concerne des femmes qui sont dans des situations personnelles ou socio-économiques telles qu'elles ne peuvent maîtriser aucune contraception. D'autres obstacles à l'utilisation de la planification familiale identifiés au cours de l'enquête sont : la faiblesse de la sensibilisation, le poids des rumeurs, les comportements entre les agents de santé et les clients, la valeur sociale de la procréation et les facteurs religieux.

IV.2. Implication des couples de Savalou sur l'adoption des méthodes contraceptives

Les méthodes contraceptives présentent dans leur ensemble aussi bien des avantages que des inconvénients pour les utilisateurs. Quelques exemples ont été décrits.

IV.2.1. Cas des contraceptifs modernes

En matière de santé, les avantages offerts par les méthodes contraceptives modernes sont évidents pour les femmes utilisatrices. En effet, la planification familiale constitue un moyen qui influence la qualité de la vie, notamment la santé et les relations familiales ou sociales. En permettant un espacement des naissances, en évitant des pratiques plus élevées liées aux grossesses trop précoces ou trop tardives durant l'âge de la procréation, et en limitant les grossesses non désirées conduisant à des avortements illégaux et dangereux, la planification familiale protège la santé des femmes et des enfants. Les entretiens de terrain ont prouvé que les avantages des pratiques modernes sont bien connus par les couples à Savalou. D'ailleurs, les nouvelles utilisatrices de ces techniques déclarent les employer pour améliorer ou protéger leur santé « *je veux faire une pause* », a confié une femme ménagère. Puis de continuer :

« Pour la première fois, j'ai pu sevrer mon bébé avant de tomber de nouveau enceinte » Et une autre d'ajouter « les grossesses trop rapprochées sont épuisantes, mais

quand on peut souffler entre les naissances, on est en paix et on évite les maladies »

Poursuivant cette analyse, elle évoque que « les sanctions sociales existent bel et bien. Lorsqu'on a un bébé qui n'a pas l'âge de son successeur on peut vous reprocher publiquement, vous assimilant à une femme qui pond des œufs telle une poule. Même si certaines reconnaissent les bienfaits de ces méthodes pour la santé, on enregistre une frustration quant au manque d'information sur les effets secondaires. *« Chez les femmes utilisatrices d'un contraceptif, les effets secondaires sont un souci sérieux »* a affirmé une sage-femme au centre de santé de zone Bantè-Savalou. Les femmes utilisatrices des méthodes contraceptives de type moderne pensent que le personnel soignant minimise ces ennuis du fait que ceux-ci constituent un danger mortel, mais ces femmes les considèrent néanmoins comme perturbateurs pour leur vie quotidienne. Qu'ils soient réels ou perçus, ces effets secondaires incitent beaucoup de conjoints ou partenaires à renoncer à la contraception.

« La pilule contraceptive n'offre aucune protection contre les IST et elle peut provoquer certains effets secondaires : saignements irréguliers, plus grande sensibilité des seins, maux de tête et nausées chez certaines femmes » a déclaré une revendeuse.

IV.2.2. Cas des contraceptifs traditionnels

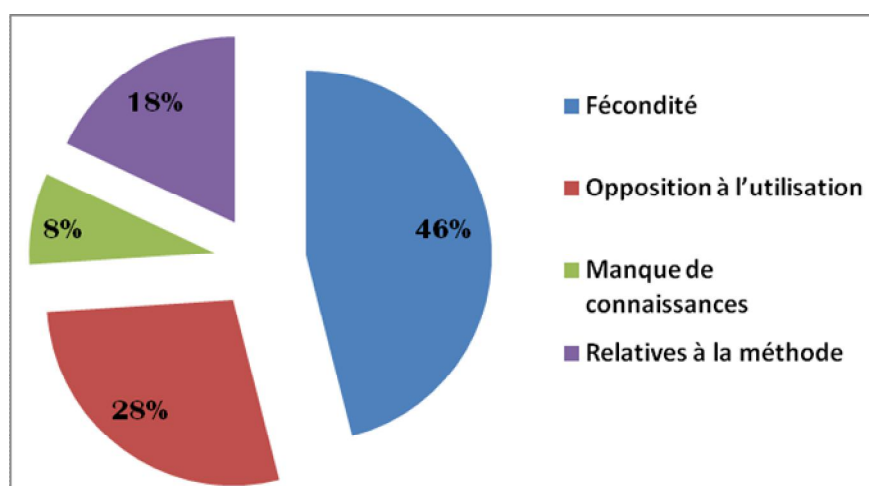
Les méthodes contraceptives de type traditionnel présentent des avantages et des inconvénients. Au niveau de la mère, l'abstinence contraceptive procure une évolution utérine rapide, augmente la quantité de lait et assure la contraception et l'espacement des naissances. Certains enquêtés sont favorables aux méthodes traditionnelles. Ceux-ci pensent que ces méthodes présentent moins de risques, gratuites, parfaitement naturelles et ne requièrent aucune préparation extérieure comme les méthodes biomédicales. D'autres par contre pensent qu'elles sont parfois inefficaces. L'usage de ces contraceptifs n'a pas un caractère systématique, car ils sont utilisés pour barrer la route à des dangers occasionnels et non comme un moyen principal d'espacement des naissances. Les femmes favorables aux méthodes traditionnelles de contraception se réfèrent aux gris-gris, aux méthodes basées sur la pharmacopée, mieux aux savoirs endogènes. L'utilisation des plantes ne rassure pas certaines femmes. Il faut noter que le désir d'avoir une descendance nombreuse a une influence sur l'adoption de la planification familiale au sein des couples en milieu maxi de Savalou.

IV.3. Valeur sociale de la procréation chez le maxi de Savalou

La question de savoir "quel est le nombre idéal d'enfants qu'une personne doit avoir durant sa vie génésique" a permis d'évaluer quelque peu les exigences des interlocuteurs en matière de procréation. Un nombre exact d'enfants n'a guère

été avancé. A cet effet, un polygame, mécanicien de profession affirme au cours d'une interview, « *ce n'est pas à moi de déterminer le nombre d'enfants que je dois faire, cela relève de la volonté de Dieu* ». Pour mieux décrire la valeur accordée à la procréation au sein des couples en milieu maxi, quelques données ont été présentées comme raisons du faible recours à la planification familiale.

Graphique 4: Raisons (%) du recours à la planification familiale à Savalou (N=627)



Source : Données de terrain, 2015

Les résultats présentés dans le graphique 4 montrent que les raisons sont variées. Dans 46% des cas, les couples interviewés ont cité des raisons relatives à la fécondité notamment le désir d'avoir d'enfants autant que possible. Près de 28% de ces enquêtés ont cité l'opposition à l'utilisation de la contraception,

opposition provenant du mari ou des facteurs dits religieux. Dans 18% des cas, les acteurs enquêtés ont évoqué les problèmes de santé et la peur des effets secondaires comme raisons justifiant la non utilisation de la contraception. Enfin 8% des enquêtés ont évoqué des raisons liées au manque de connaissance.

IV.3.1. Enfanter, une exigence sociale utilitaire en milieu maxi !

La procréation au sein des couples à Savalou est et demeure une valeur cardinale de réalisation humaine. Pour être humain, une existence sociale bien remplie est celle qui a été couronnée par la procréation. L'idéologie pro-nataliste est largement partagée par les couples où l'enfant est rarement perçu comme une charge, il est plutôt une richesse, (*ovi wè gni olé*), il allège les peines et soutiendra plus tard ses parents par son travail ou par sa future carrière. De même, dans la maisonnée, les corvées quotidiennes de la mère s'en trouvent atténuées avec la présence d'un ou de plusieurs enfants. Traditionnellement, la famille joue un grand rôle dans la société et la vie des couples. En effet, elle est la cellule de base de la société. Elle constitue de ce fait, le cercle où se perpétue la progéniture. L'enquête a révélé que les raisons liées à une forte fécondité expliquent l'idée d'une descendance nombreuse. La procréation semble encouragée dans un but essentiellement utilitaire. Le non enfantement au sein des couples quelles que soient les raisons est toujours inconcevable pour la

société, il faut avoir d'enfant. Par ailleurs, l'enfant de sexe masculin est plus recherché au sein des couples.

IV.3.1.1. Fécondité et rapport sociaux de sexe

Pour mieux comprendre la place et le rôle de la femme dans la société, il n'est pas inutile de rappeler les rapports sociaux de sexe qui prédominent au sein des couples en milieu maxi. Dans toute unité familiale, la gestion de la fécondité est un processus complexe de confrontation et/ou de négociation entre les conjoints ou même les membres de lignage (les frères, les sœurs, les beaux-parents). Ceux-ci le plus souvent influencent ou même orientent les opinions des individus en matière de procréation, de planification familiale, de gestion de la stérilité souvent épouvante à la femme. En effet, la stérilité féminine est vécue comme un drame et a des conséquences sociales extrêmement négatives. Une femme a l'obligation de connaître le mariage et la maternité, et c'est par cette dernière que s'accroissent son statut et sa reconnaissance sociale. De plus, la maternité est censée suivre rapidement la mise en ménage. Une enquêtée revendeuse de préciser à ce sujet :

« Quand tu te maries, si tu ne fais pas d'enfant au bout même de deux mois, la belle-famille te dérange, ce n'est pas le mariage et après les enfants, dès le mariage, c'est les enfants ».

Et une autre femme mariée d'ajouter :

« Je vis depuis trois ans avec mon mari, et comme je n'ai pas d'enfant pas de dot, ni de mariage. Ma belle-famille encourage mon mari à chercher une autre épouse. Si je n'enfante pas l'année qui vient, je risque de perdre mon mari. Si cela arrivait, je n'aurai pas les moyens de subvenir à mes besoins. Pourtant, j'ai fait tout mon possible pour remédier à la situation : approches médicales (médecine moderne et traditionnelle) et spirituelle. Par conséquent, je ne vais jamais utiliser les méthodes contraceptives médicalisées. Procréer est déjà pour moi un problème sérieux même si à l'avenir l'utilisation d'une méthode se faisait sentir, j'opterais pour une méthode naturelle. Dans ma position actuelle et au regard de la situation que je traverse, il n'est plus question de prendre des risques »

Les prises de décision sont une prérogative reconnue aux hommes tant dans le domaine sexuel, que ceux de la reproduction et de la planification familiale. Un enseignant et un gynécologue renchérisent respectivement par ce qui suit :

« La femme doit être non seulement féconde, mais en plus de sa fécondité, elle doit prendre la forme que souhaite son conjoint. Elle doit lui donner le nombre d'enfants qu'il veut et de tous les sexes ».

« Généralement, il y a très peu de femmes qui discutent du nombre d'enfants avec leur mari et la plupart du temps, ce sont les hommes qui imposent le nombre d'enfants qu'ils désirent. Dans les entretiens avec elle, à la question de savoir le nombre d'enfants qu'elles voudraient avoir. Nous ne le savons pas. C'est seul le mari qui pourra le déterminer ».

Les femmes ont une marge de manœuvre face à ces questions, même si l'on doit admettre que, dans certains cas, elles développent des stratégies d'esquive. Certaines parviennent ainsi à échapper au contrôle des uns et des autres. L'implication des autres membres du lignage a, quant à elle, un impact non négligeable sur le devenir du foyer conjugal. Il arrive, d'ailleurs, que des

femmes n'aboutissent pas du fait des pressions des parents, des amis, des alliés, et des proches. Ceux-ci dans bien de cas, désorganisent les plans des couples, lesquels doivent à leur corps défendant se soumettre à la "volonté sociale". D'une manière générale, la contraception conçue comme un domaine exclusivement féminin est pourtant une idéologie qui s'avère fautive, d'autant plus que, dans la pratique, beaucoup d'enjeux sociaux, économiques, politiques et culturels entourent la fécondité. Elle reste très souvent contrôlée par les hommes. Lorsque ces derniers cautionnent une pratique contraceptive, ils voudraient qu'elle se fasse sous leur autorité et donc avec leur caution morale et souvent matérielle.

« La contraception est une pratique qui regarde la femme autant que son mari. C'est une affaire de couple. Moi je suis d'accord que ma femme fasse l'espacement des naissances, mais je veux aussi qu'elle m'avise. Je dois connaître les types de produits qu'elle prend, leur coût, leur posologie. Elle doit me mettre au courant de tout ce qu'elle va entreprendre dans ce sens. Quand elle va tomber malade, c'est quand même moi qui vais déboursier l'argent pour l'achat des médicaments. C'est aussi moi qui nourrit les enfants qu'elle va mettre au monde » voilà les propos tenus par un entrepreneur interrogé à Savalou.

IV.3.1.2. La course aux enfants de sexe masculin

La préférence pour les garçons supposés plus rentables que les filles est également un facteur encourageant une fécondité nombreuse. En effet, l'espoir de donner naissance à un garçon incite une femme à se retrouver en couche. Un

enfant de sexe masculin représente la mémoire familiale et assure de ce fait la continuité de la lignée. La fille a une valeur moindre parce qu'une fois mariée, ses efforts profiteront quasi exclusivement à sa belle famille. En outre, la perpétuation de la lignée mâle trouve son sens dans les propos recueillis au cours de l'enquête auprès d'un pêcheur.

« L'enfant garçon assure la succession, il apporte à ses parents, outre l'héritage, une main-d'œuvre supplémentaire pour la famille ».

Montrant toujours la place qu'occupe le garçon, un homme marié, père de six (06) enfants déclare :

« Depuis que je me suis marié, ma femme n'a fait que six (06) filles. Nous sommes aujourd'hui à la recherche d'un garçon pour arrêter la maternité ».

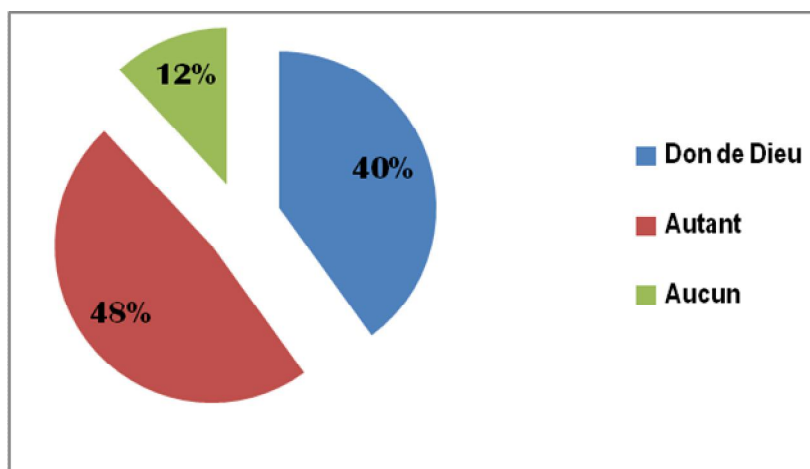
Cela signifie que tant que ce couple n'aura pas un enfant de sexe masculin, il ne mettra pas un terme à la maternité. Ces comportements influencent les pratiques contraceptives au sein des couples dans Savalou. La préférence pour l'enfant de sexe masculin trouve tout de même son fondement dans la piété filiale qui implique des devoirs primordiaux de l'enfant mâle envers ses parents géniteurs et envers les grands-parents c'est-à-dire le respect et les soins dus aux parents et aux valeurs ancestrales. Dans ce cas, seul l'enfant garçon est habilité à rendre ses valeurs ancestrales de la famille, il est le seul à pouvoir prolonger la lignée familiale. Outre ces différents discours en matière de fécondité et des rapports

sociaux de sexe, les méthodes contraceptives modernes sont considérées comme une barrière à la réalisation de l'œuvre de Dieu.

IV.3.2. Utilisation des méthodes contraceptives modernes comme barrière à la réalisation de l'œuvre de Dieu.

Les pratiques contraceptives se définissent selon les théories locales des couples comme un ensemble de moyen contre l'œuvre de Dieu en matière de procréation. Les résultats ci-dessous indiquent la répartition statistique des comportements d'enfants désirés selon les couples à Savalou.

Graphique 5 : Sources (%) du nombre d'enfants désirés selon les maxi de Savalou (N=215)



Source : Données de terrain, 2015

La lecture de ce graphique montre que la majorité des couples enquêtés interviewés estime avoir autant d'enfants qu'ils peuvent (48%). Dans ce cas, les hommes sont plus favorables à une descendance nombreuse comparativement

aux femmes qui pensent limiter les naissances. Toutefois, si pour cette frange l'enfant est un don de Dieu, 40% de mêmes couples enquêtés estiment que Dieu n'a pas déterminé le nombre d'enfants à procréer, 12% pensent ne plus définitivement en faire suite à leurs conditions de vie précaire.

D'après les différents entretiens menés avec les acteurs enquêtés, les méthodes contraceptives modernes sont considérées comme une barrière à une descendance nombreuse. Or, l'enfant est considéré comme une richesse, une valeur sociale, et joue un rôle de premier plan au sein de la famille. Certains enquêtés estiment que les méthodes contraceptives modernes peuvent freiner les naissances chez les femmes et par ricochet l'œuvre de Dieu. C'est le cas d'une coiffeuse qui affirme

« Par la grâce de Dieu, je peux les nourrir et les élever moi-même. Je n'ai besoin de personne pour cela, car interrompre ma maternité, c'est porter de façon significative handicap à mon bonheur. Cet enfant peut être le messie de la famille »

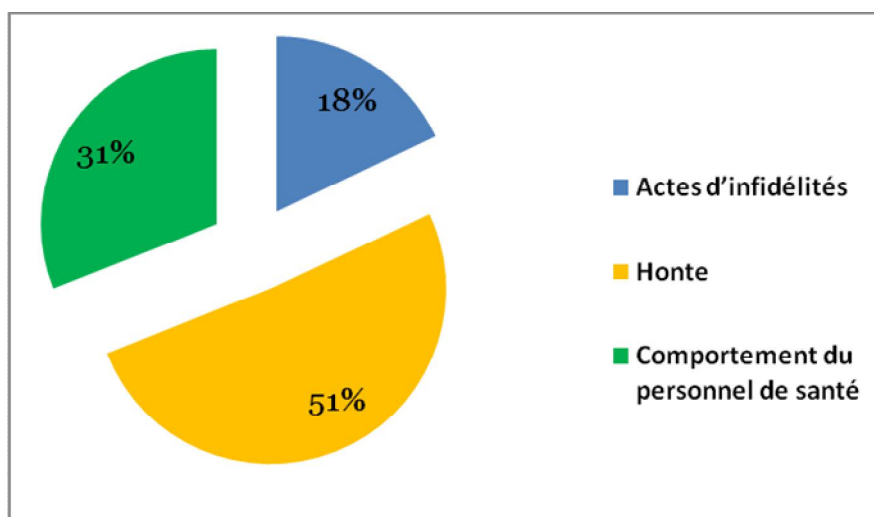
Une autre enquêtée ajoute « si Dieu m'en a donné, pourquoi ne pas en faire, ce que d'autres cherchent et ne trouvent pas... ».

Cela signifie donc que l'enfant est un trésor, une précieuse garantie pour la permanence des foyers.

IV.3.2.1. Attitudes des maxi de Savalou des méthodes modernes de contraception

Le gêne ou la pudeur, les actes d'infidélité et autres constituent les attitudes des couples en matière de pratiques contraceptives. Ils sont traduits en données analysées dans le graphique 6.

Graphique 6: Répartition (%) des enquêtés selon leurs attitudes face aux méthodes modernes de contraception (N=627)



Source : données de terrain, 2015

La grande majorité 51% des interlocuteurs interviewés pensent que les méthodes contraceptives modernes sont moins utilisées parce qu'elles constituent un champ de pudeur, les 31% de ces interlocuteurs ont estimé que les comportements du personnel de santé notamment les sages-femmes constituent aussi un frein aux pratiques contraceptives modernes. Parmi ces interlocuteurs,

18% pensent que les actes d'infidélité au sein des couples dans Savalou sont dus à l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

IV.3.2.2. L'adoption des méthodes modernes perçue comme une honte

Comme mécanisme de contrôle social, la honte est selon Ouatara (1999 : 218), un sentiment d'ordre relationnel et se « manifeste en fonction du regard des autres. Il naît avant tout d'une relation à l'opinion d'autrui ». Signalons également que la notion de la honte fonctionne dans les sociétés d'interconnaissance, où il est difficile de dissimuler le moindre écart de comportement par rapport aux normes sociales.

La recherche sur les mythes autour de la contraception au sein des couples à Savalou a révélé que 50% des acteurs enquêtés disent qu'il leur est difficile d'accéder ou de pratiquer les méthodes contraceptives modernes. Cela s'explique par l'absence de communication sociale sur ce problème. La question de la planification familiale n'est généralement pas abordée entre maris et femmes. De ce fait, les pratiques contraceptives prennent un caractère tabou malgré l'utilité qu'elles peuvent avoir au sein des couples. A ce propos une jeune mère au cours de l'entretien de centre de santé a déclaré :

« Moi j'ai honte d'acheter ces médicaments et en parler même à mon mari m'est difficile... je le connais bien, il ne peut pas acheter les préservatifs sur les places

publiques et je ne peux même pas oser lui parler des méthodes contraceptives ».

En effet, l'utilisation de ces méthodes est évocatrice d'un sentiment de honte qui préexiste à leur contact avec autrui, avec le public. On peut naturellement comprendre que la honte et la gêne sont occasionnées par l'évocation des questions contraceptives au sein des couples.

« Il est difficile pour une femme d'acheter certains produits contraceptifs comme le préservatif. En tant que femme, c'est une pudeur de le faire » **Femme mariée.**

Ces propos font entrevoir cependant, que l'univers contraceptif des couples, lorsqu'il s'agit de se référer aux méthodes contraceptives modernes, on est tenu de s'appuyer sur une rhétorique allusive et métaphorique. Par exemple, pour désigner le préservatif on dit "*coffi gbacoun*". De ce fait, il s'agit avant tout d'éviter le "malaise linguistique" (Abega ; 1997), et aussi social que l'énonciation du contraceptif peut impliquer. A ce propos,

« L'utilisation de toute méthode contraceptive étant associée à des questions d'ordre sexuel, l'abord de ce sujet est naturellement chose délicate durant l'interaction » **Directeur d'une clinique.**

Le registre de la honte met donc en relation les liens et les chaînes causales qui expliquent les différentes attitudes des couples vis-à-vis des contraceptives

médicalisées. Mais pour certains interlocuteurs, l'utilisation de ces méthodes peut entraîner des actes d'infidélité.

IV.3.2.3. L'adoption des méthodes modernes perçue comme une infidélité

Les méthodes modernes de contraceptions ont pour rôle d'aider les acteurs sociaux à mener leur vie sexuelle de façon saine et libre afin d'espacer les naissances et par ricochet de se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles (MST). Mais ces méthodes modernes, notamment le préservatif, portent en eux d'autres réalités sociologiques comme les actes d'infidélité chez certains couples. En effet, 18% des acteurs enquêtés pensent que l'utilisation du préservatif entre conjoint et conjointe, entre mari et femme conduit dans une certaine mesure à la fornication avec une multiplicité de partenaires. Ainsi, au niveau des hommes, ceux-ci se sentent en sécurité parce qu'ils sont non seulement protégés contre les MST mais aussi ils sont sûrs de ne pas enceinter une autre femme avec qui, ils n'ont pas un contrat sérieux. Il convient de retenir que la plupart des hommes enquêtés voient l'infidélité comme une pratique de femme. A y voir de prêt, l'infidélité n'est que la résultante de l'utilisation de certaines méthodes de contraception en ce sens que les préservatifs donnent une assurance parfaite et permettent de réfuter tout soupçon d'acte d'infidélité adressé aux femmes celles-ci pouvant satisfaire leur désir sexuel sans s'inquiéter d'une éventuelle grossesse. Des différentes données recueillies, l'exemple d'un

couple dans l'arrondissement de Gobada a permis de comprendre l'un des problèmes liés à la pratique contraceptive au sein des couples

« Oh, le préservatif est la pire méthode qui peut détruire un foyer. Moi je te dis la vérité. J'ai utilisé le préservatif pendant longtemps avec ma femme. Je ne savais pas qu'elle femme désirait d'un cinquième enfant. Elle l'a avoué le jour où nous avons été convoqués à une réunion de famille. Or j'avais su qu'elle était enceinte d'un autre et je l'aie renvoyée. Elle a trouvé un amant parce qu'elle pense que moi je ne la satisfais pas. Aujourd'hui, je préfère vivre seul que de garder avec moi la grossesse d'un enfant qui ne m'appartient pas ».

Par ailleurs, il faut noter que ces différents comportements entraînent certains problèmes sociaux qui affectent dangereusement la vie des couples. Il s'agit en effet, du divorce, une des conséquences difficiles à gérer par le couple. De même, la survenue du divorce chez un couple qui a déjà d'enfant entraîne un déséquilibre psychologique chez les enfants et des répercussions sur leur éducation. De ce fait, la famille constitue un tout organisé. Lorsqu'un membre est absent, il y a dysfonctionnement du système familial. Le registre des actes d'infidélité explique aussi le faible recours à la planification familiale. Les relations entre le personnel de santé et les couples constituent également l'un des éléments de ce faible recours.

Conclusion partielle

A la lumière de ce qui précède, il est aisé de constater que la plupart des enquêtés connaissent bien la planification familiale et au moins une méthode contraceptive. La procréation reste et demeure la base d'une famille relativement stable, dans le milieu maxi en général et à Savalou en particulier. Le vœu ardent d'avoir à tout prix des enfants est toujours capital. L'adoption ou non de la planification familiale et même l'arrêt de faire des enfants sont liés au sexe. Les couples qui après plusieurs années de mariage n'ont jamais eu d'enfant vivent l'inquiétude, la honte ou la suspicion d'être traités de stériles ou l'infidèles.

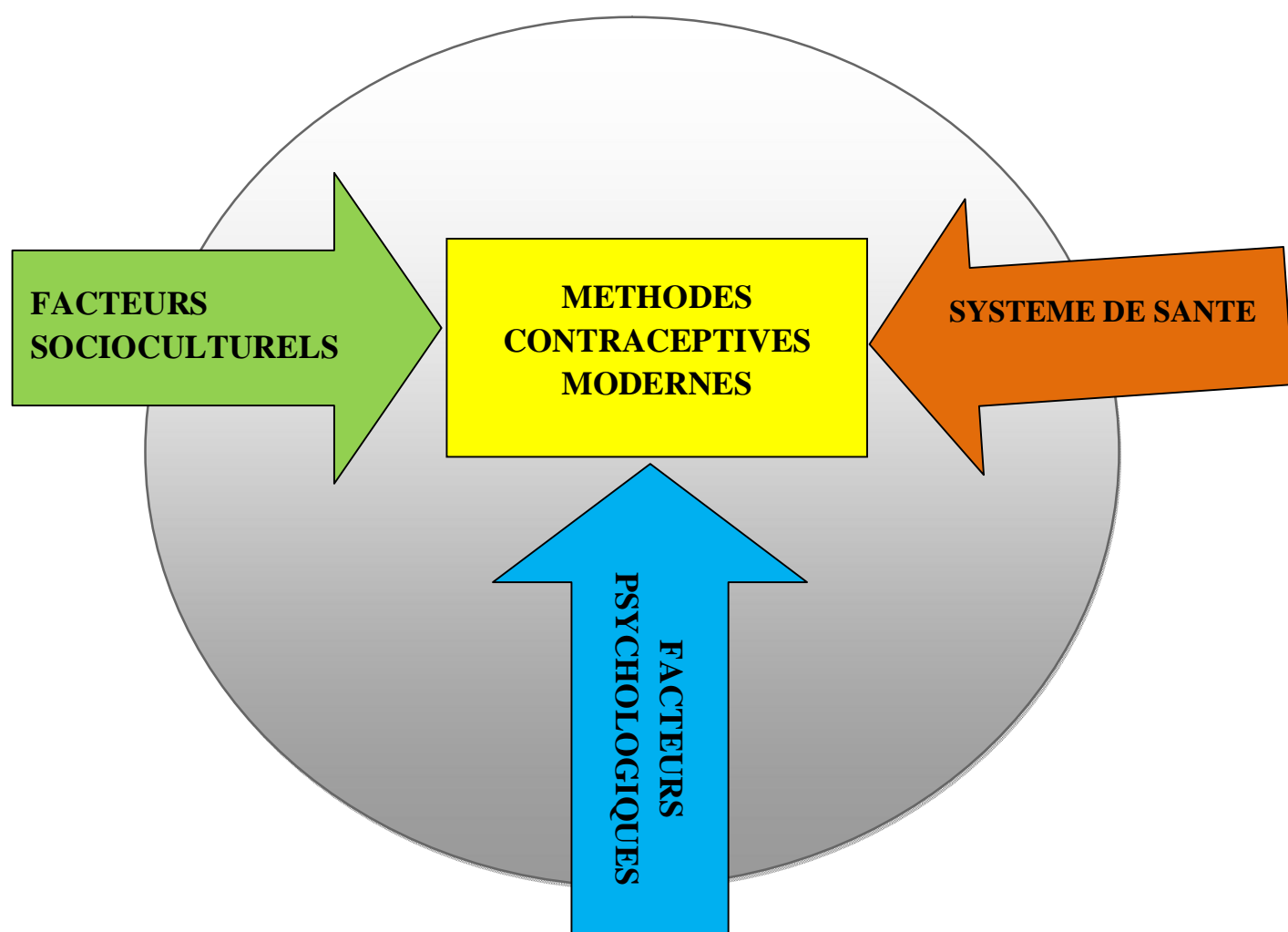
CHAPITRE V : DETERMINANTS DE LA NON PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les obstacles socioéconomiques, politiques, psychologiques, communicationnels, sanitaires sont les déterminants de la faible utilisation de la contraception chez les maxi. A cela s'ajoutent les usages sociaux et les représentations.

V.1. Les raisons de la faible utilisation des méthodes contraceptives chez les "maxi" de Savalou.

Dans le passé, les couples avaient généralement de nombreux enfants, mais quelques-uns seulement survivaient jusqu'à l'âge adulte. Actuellement, les activités de santé préventive et curative ont fait diminuer sensiblement les taux de mortalité, alors que les taux de natalité n'ont pas vraiment changé. Le résultat est que les taux d'accroissement de la population deviennent très importants. C'est pourquoi, l'utilisation de méthode de contraceptive moderne par la population devient un moyen nécessaire pour fléchir la croissance démographique et permettre le développement durable et harmonieux du pays. Les facteurs socioculturels et psychologiques influencent la prise de décision des individus par rapport à l'utilisation de méthode contraceptive moderne. Ils ont permis la conception de la figure 2 présentant le cadre analytique.

Figure 2: Cadre analytique



Source : Données de terrain, 2015

Les facteurs socioculturels et psychologiques qui influencent l'utilisation de méthode contraceptive moderne dans la commune de Savalou sont : l'âge augmente l'expérience et le niveau de connaissance, ce qui peut amener les acteurs à utiliser les méthodes contraceptives modernes. Avec l'agrandissement de la famille, certains cherchent à limiter les naissances par manque de ressources dans les familles nombreuses, par conséquent, ils vont utiliser les méthodes contraceptives modernes. Dans les familles polygames, les coépouses se font concurrence et accouchent beaucoup ; elles pensent qu'en faisant beaucoup d'enfants, elles seront plus valorisées.

Le niveau d'instruction joue un rôle capital dans le recours aux méthodes contraceptives modernes. L'occupation de la personne donne l'image de sa culture générale et peut influencer l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. L'appartenance à certaines religions ou ethnies est déterminante dans l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. Dans la mentalité de ces acteurs, il y a des éléments intrinsèques comme les valeurs, les coutumes, les croyances, qui déterminent le comportement des individus et la perception des choses.

Quant aux facteurs psychologiques qui se résument en la perception des méthodes contraceptives modernes, le processus de prise de décision, l'attitude face à la grossesse non désirée. Le processus de prise de la décision pour avoir recours ou non aux méthodes contraceptives modernes peut être influencé par le passé, les amies, etc. Le fait d'avoir une grossesse non désirée dans le passé, son issue, ses conséquences participent également à la prise de décision d'utilisation de méthodes contraceptives modernes ultérieurement.

Le système de santé influence la motivation des individus à utiliser les méthodes contraceptives modernes. C'est un élément additif qui renforce les facteurs socioculturels quant à la connaissance de méthodes contraceptives modernes. Les populations ne sont plus réticentes à l'adoption des pratiques de la médecine moderne et méthodes contraceptives modernes en particulier. L'utilisation de méthodes contraceptives modernes à grande échelle peut avoir de répercussion sur la taille de la famille en diminuant l'indice synthétique de fécondité (ISF).

V.1.1. Obstacles à l'utilisation des méthodes de contraceptions modernes à Savalou

Au cours des interviews, une quinzaine d'obstacles a été recensé. Le tableau suivant répertorie ces obstacles par ordre décroissant de fréquence chez les enquêtés.

Tableau VIII: Répartition des époux selon les obstacles cités des méthodes modernes de contraception

Principaux obstacles cités par ordre décroissant d'importance	Hommes (%)			Total (%)
	14-24	25-45	50 et+	
Ignorance/Manque d'informations et d'éducation	34	33	29	51
Honte d'être indexé par les autres	34	31	15	42
Opposition des conjoints	34	30	14	41
Absence de discrétions dans le processus d'adoption	37	28	11	40
Processus d'adoption trop contraignant	32	28	14	39
Insatisfaction	34	27	8	36,6
Echecs des méthodes	37	20	11	35,7
Méthodes perçues comme moyens de prostitution et d'infidélité	25	30	10	34
Raisons religieuses	33	25	7	34
Analphabétisme	16	28	15	31,2
Diffusion de fausses rumeurs	14	32	8	28,6
Fatalité d'impuissance	21	18	9	25
Peur de la stérilité qui serait due aux méthodes modernes	16	22	10	25
Coût élevé des méthodes	21	20	7	25
Rupture fréquente des stocks de produits au centre de santé	23	9	4	19

Source : Données de terrain, 2015

Tableau IX: Répartition des femmes mères selon les obstacles cités des méthodes modernes de contraception

Principaux obstacles cités par ordre décroissant d'importance	Femmes			Total
	14-24	25-45	50 et+	%
Ignorance/Manque d'informations et d'éducation	56	42	12	51
Honte d'être indexé par les autres	47	35	8	42
Opposition des conjoints	50	35	3	41
Absence de discrétions dans le processus d'adoption	53	28	5	40
Processus d'adoption trop contraignant	47	35	2	39
Insatisfaction	49	24	6	36,6
Echecs des méthodes	41	26	10	35,7
Méthodes perçues comme moyens de prostitution et d'infidélité	32	19	22	34
Raisons religieuses	27	29	17	34
Analphabétisme	36	25	6	31,2
Diffusion de fausses rumeurs	31	23	8	28,8
Fatalité d'impuissance	26	24	4	25
Peur de la stérilité qui serait due aux méthodes modernes	30	18	6	25
Coût élevé des méthodes	8	24	22	25
Rupture fréquente des stocks de produits au centre de santé	16	18	6	18,6

Source : Données de terrain, 2015

Ces deux tableaux montrent bien l'importance des obstacles liés aux facteurs psychosociologiques entretenus par le manque d'information et d'éducation de toutes les couches sociales de la commune. Il ne s'agit pas de tous les obstacles existants mais c'est seulement les quinze(15) premiers enregistrés selon le nombre de fois que ceux-ci sont cités par les enquêtés. Cette quantification précise bien l'importance des différents obstacles non dissociables dans leurs actions de blocage du passage à l'acte des populations cibles.

Les discussions de groupes menées avec les hommes et les femmes des diverses tranches d'âges ci-avant définies ont montré que la population utilise très peu les méthodes modernes de contraception. Malgré la volonté exprimée d'utiliser ces méthodes au niveau de tous les groupes de discussion, il était perceptible à travers le propos de certains participants qui approuvaient de signe de tête leurs pairs, que plusieurs facteurs freins seraient à la base de la non utilisation des méthodes modernes de contraception. Mais certains de ces obstacles ont été évoqués par les participants. Aussi une trentaine d'obstacles ont été-ils identifiées et réparties en six grands groupes que sont :

- 1- Obstacles psychosociologiques ;
- 2- Obstacles socioculturels ;
- 3- Obstacles sanitaires et organisationnels ;
- 4- Obstacles religieux ;

5- Obstacles de communication ;

6- Obstacles économiques.

V.1.1.1. Obstacles liés aux facteurs psychosociologiques

Les obstacles liés à ce groupe de facteurs relèvent essentiellement de l'affectif donc du subjectif et devraient se passer de commentaires parce que purement personnels au départ. Ils sont intimement liés à chaque individu et à sa personnalité ; ils sont aussi en partie résultants de l'éducation reçue c'est-à-dire le culturel, mais très sensibles au jugement des autres, de l'entourage. Des séances de discussion, la majorité des participants a cité le complexe de la pudeur. La honte est l'une des principales raisons qui empêchent l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Une femme adulte disait à cet effet,

« C'est la honte qui fait que les gens n'aiment pas informer leurs pairs sur ces pratiques. De même quand on ne connaît pas, on n'arrive pas à aussi poser ouvertement des questions à ceux qui connaissent ; même quand il s'agit des agents de santé ou du centre social qui viennent souvent nous faire des causeries sur la planification familiale, on craint que les amies nous prennent pour des femmes infidèles et sans pudeur ».

Cette déclaration donne bien une piste d'action pour les interventions post recherche ; les acteurs devraient agir sur le sentiment de honte que développent les cibles afin de faciliter les échanges sur la question de la planification

familiale. Une couturière et une autre femme non instruite de Savalou-centre, abordant la problématique déclarent respectivement :

« ... même si parmi nous des gens connaissent bien une méthode et l'appliquent, elles ont honte de se faire connaître par les amies qui les prendraient pour des prostituées »

« J'ai une copine qui utilise des comprimés de pharmacie. Pour acheter chaque trimestre ce produit elle envoie son petit frère avec l'ordonnance à la pharmacie, parce qu'elle dit qu'elle a honte d'aller elle-même devant le vendeur avec qui elle est familière ».

La présence d'une personne qu'on connaît dans un lieu de service de planification familiale semble constituer aussi un grand obstacle. La peur de l'indiscrétion dans l'offre des services de planification familiale est enregistrée comme un obstacle à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Les propos de cette femme adulte suivis de ceux de sa jeune sœur toutes de Savalou, illustrent bien ce constat. Elles disaient respectivement à cet effet :

« Lorsqu'une femme veut une méthode moderne et se rend à la maternité, si elle rencontre la sage-femme avec d'autres agents dans son bureau le plus souvent elle ment, et fait croire qu'elle était malade et retourne chez elle, espérant trouver un autre agent de santé disponible à qui se confier en discrètement. Mais si celui-ci doit l'orienter vers une autre personne c'est sûr qu'elle n'ira pas (...) c'est une question de confiance, de discrétion ».

« J'ai été un jour à la maternité voir une infirmière nouvellement affectée à l'hôpital. Après que j'ai posé mon problème elle m'a demandé d'aller voir une autre sage-femme pour acheter les comprimés que je voulais. Après je n'ai pas pu aller acheter parce

que je ne voulais pas que quelqu'un d'autre soit au courant que je suis venue à l'hôpital pour ça... Et j'ai dû abandonner l'utilisation de cette méthode que j'avais bien préférée ».

Certains pensent que les méthodes modernes connaîtraient une grande utilisation si l'organisation des services de santé permettrait aux usagers de disposer d'un vaste champ d'agents prestataires capables d'offrir permanemment tous les produits voulus. Une jeune apprentie de Savalou l'a exprimé en ces termes

« Il est mieux d'avoir son agent de santé en qui on peut avoir confiance (...) mais le centre de santé pourrait multiplier les effectifs (hommes et femmes) pour distribuer les méthodes dans les maisons. Chacun choisirait le vendeur qu'il veut ; celui chez qui on pense ne pas être publié ».

Pour certains hommes adultes d'Aga-centre, la méfiance des populations noires analphabètes des « choses du blanc » constitue aussi un obstacle à l'utilisation de méthodes modernes. Un « Vieux » disait « (...) les noirs se méfient toujours des choses du blanc, celui en qui ils n'ont jamais accordé confiance. Pour beaucoup de gens c'est parce que les Blancs veulent réduire le nombre de Noirs sur la terre qu'ils parlent des méthodes modernes de contraception alors que rien ne prouve qu'on les utilise chez eux. Quelque soit ce que vous les Noirs à esprit blanc vous direz aux gens, ils ne vous écouteront pas si facilement en si peu de temps, surtout qu'ils sont illettrés.

V.1.1.2. Obstacles liés aux facteurs socioculturels

Les obstacles identifiés dans ce chapitre sont du domaine du savoir-faire et du savoir-être des participants aux entretiens de groupe. La plupart des obstacles ont été systématiquement cités par les membres des groupes sans distinction d'âge ni de sexe, notamment en ce qui concerne le manque d'Information d'Education et de Communication (IEC) au niveau de toutes les couches sociales. L'analphabétisme et la non instruction sont évoqués dans la plupart des groupes. Les hommes semblent cependant être nombreux à ressentir cette insuffisance d'information que les femmes ; au niveau de qui l'ignorance est plus criarde. Les résultats des interviews, montrent plutôt que les femmes ont plus évoqué le manque d'IEC comme obstacle à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Pour la majorité des participants donc, l'ignorance, le manque d'information et d'éducation, l'analphabétisme, le manque d'instruction scolaire sont les principaux obstacles à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Une femme de Monkpa laissait entendre que :

« Les gens qui ne sont pas instruits sont ceux-là qui refusent à leurs femmes d'utiliser les produits modernes de contraception. Aussi les femmes non instruites sont celles qui disent qu'elles ont honte de parler des méthodes de contraception. Lorsque les conjoints sont instruits, je pense qu'ils comprennent mieux ce qui se passe ».

Une autre femme adulte non instruite et mère disait :

« [...] il faut dire qu'il y a des hommes qui refusent à leurs femmes d'utiliser la contraception, mais il y a aussi des femmes qui refusent cette pratique, même si le mari la leur recommande ; surtout si elle a des coépouses qui ont beaucoup d'enfants. L'ignorance dans ce domaine est des deux côtés ».

Au niveau des hommes il est plus évoqué le manque d'IEC et l'analphabétisme.

A ce sujet un homme adulte de Gobada, marié affirmait que :

« (...) ainsi pour moi l'obstacle majeur est le manque d'information et d'éducation des gens. Sinon tout le monde veut vivre avec peu de problèmes dans sa famille. Et, quand on n'est pas informé et éduqué comme il le faut, on ne peut que refuser des choses pour la forme ».

Tous les membres du groupe ont approuvé d'un signe de tête ces propos. Un apprenti de Savalou centre de vingt-quatre ans disait avec approbation de ses pairs au cours des débats :

« Je pense que c'est l'analphabétisme et l'ignorance pure qui empêchent les gens d'adopter les méthodes de contraception. Les femmes qui ont été à l'école et savent lire utilisent les méthodes même à l'insu de leurs conjoints sans problème ».

Enfin une jeune fille musulmane déclare ;

« Il y a aussi la peur du mari car s'il interdit à sa femme l'utilisation de ces produits et qu'elle s'entête à le faire, elle peut être renvoyée du foyer conjugal. Alors qu'il n'y a rien au monde de plus digne pour une femme, que de sauvegarder et d'entretenir son mariage. Le coran a

demandé d'obéir à l'autorité du foyer qui n'est que le mari ».

V.1.1.3. Obstacles liés aux systèmes sanitaires modernes

Les discussions de groupes ont permis de révéler plusieurs obstacles à l'utilisation des méthodes modernes de contraceptions liées essentiellement à l'organisation des services de santé et qui portent atteinte à leur compétitivité.

Une autre femme d'une trentaine d'années, non instruite déclarait:

« Je pense que les contraintes multiples liées à l'attitude des femmes à utiliser ces services. Il y a trop de protocoles, sans compter aussi le mauvais accueil que les sages-femmes réservent aux clientes », **femme, 40 ans, mariée, analphabète** ;

« Le fait qu'il faut nécessairement se rendre jusqu'à la maternité rien que pour la planification familiale fait que beaucoup de femmes éloignées des centres de santé n'arrivent pas à utiliser les méthodes de l'hôpital [...] et il est impossible pour une femme de dire à ses parents qu'elle va à l'hôpital rien que pour l'adoption d'une méthode de contraception », **femme, 32ans, mariée, analphabète.**

Aussi certains participants pensent que les échecs connus par les méthodes modernes constituent des obstacles à leur utilisation. Parfois ces échecs sont amplifiés pour alimenter les fausses rumeurs. Une femme d'un niveau d'étude primaire rapporte :

« Il paraît que les produits modernes de contraception entraînent la stérilité chez les femmes qui les utilisent. Ils provoquent aussi la maladie d'hypertension artérielle aux femmes »

Une autre cette fois-ci non instruite et mère d'enfant témoigne en ces termes :

« J'ai adopté les comprimés à la maternité. Un jour j'ai été cherché les comprimés pour un trimestre et on m'a dit qu'il n'y a plus de produits. Deux semaines après j'ai eu une grossesse. Ceci m'a découragée et j'ai décidé désormais d'utiliser une méthode traditionnelle des Alpha ».

Les ruptures de stocks constituent aussi un obstacle qui repousse les gens, surtout qu'il s'agit des premiers convaincus pour la plupart.

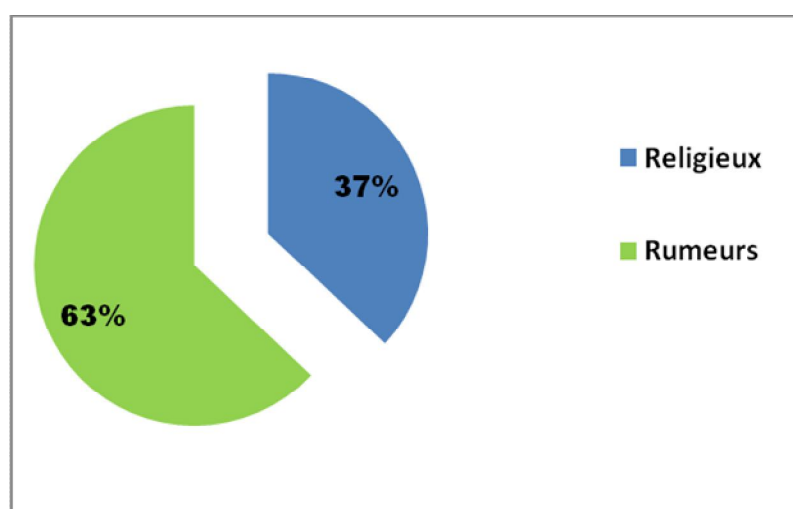
V.1.1.4. Obstacles liés aux facteurs économiques

Selon les participants aux discussions en milieu rural et urbain, les facteurs économiques constituent parfois une cause de la non utilisation des méthodes modernes. Pour le milieu rural les femmes pensent que les méthodes modernes reviennent chères car après les frais de taxi, les frais de consultation et de carnet, il faut en plus les frais des produits. Même sans donc compter les frais de nourriture lors du séjour au centre de santé, les autres frais semblent déjà insupportables surtout qu'ils doivent se répéter pour les visites post-adoption obligatoires. Mais pour certaines femmes le refus des maris est justifié par les dépenses qui doivent être à leur charge. Pour elles si c'est toujours le mari qui doit faire face à ces dépenses, il ne sera jamais d'accord avec son épouse.

IV.2. Mythes socioculturels et religieux autour de la planification familiale

Il existe plusieurs discours en matière de planification familiale au sein des couples en milieu maxi. Ces discours peuvent être des usages sociaux c'est-à-dire des rumeurs autour des méthodes modernes de la contraception. Le graphique 7 suivant indique quelques catégories de discours sur les méthodes contraceptives au sein des couples en milieu maxi de Savalou.

Graphique 7: Répartition (%) selon les discours sur les méthodes contraceptives (N=637)



Source : Données de terrain, 2015

Ce tableau montre que 37% des acteurs enquêtés pensent que la religion constitue un facteur du faible recours à la planification familiale comparativement à 63% de ces enquêtés qui ont entendu parler des rumeurs à

propos de ces méthodes contraceptives. Ces deux variables feront l'objet d'une analyse sociologique.

- **Les discours religieux**

Relève du "religieux", tout système de croyances et de pratiques enracinées dans la culture particulière d'un peuple ou d'un groupe social partageant les mêmes valeurs. L'analyse des discours sur la planification familiale au sein des couples a montré que 36% des acteurs interrogés estiment que les facteurs dits religieux ne favorisent pas le recours aux pratiques contraceptives. Dans cette proportion, la religion semble avoir moins d'impact que les rumeurs. Du discours des acteurs interrogés, la récurrence des réponses est la suivante : "on m'a dit que la contraception provoque ça", "la contraception engendre ça". L'énonciation de dogme religieux comme facteur de dissuasion transparait peu. Certains chefs religieux, même s'ils ne sont pas très nombreux, acceptent le recours à n'importe quel type de contraception pour espacer les naissances car selon eux, Dieu accepte que l'on se soigne quand on est malade. Et une femme dont les grossesses sont rapprochées souffre d'une pathologie, et un chef religieux de déclarer :

« Une femme qui a des grossesses rapprochées est une femme malade, Dieu n'empêche pas au malade de se soigner ».

C'est dans ce contexte que, l'islamologue Sharabasi (1971), affirme : « les méthodes contraceptives sont un ensemble de moyens fournissant systématiquement des conditions adaptées aux circonstances, calculées pour aider les familles à avoir une vie heureuse sur tous ses aspects ». Il faut que les facteurs dits « religieux » ne soient pas aussi vivaces que le laisserait penser un certain sens commun. Toutefois, les survivances sont bien réelles. Quelques acteurs prétextent des raisons religieuses pour combattre la pratique de la planification familiale, surtout sous sa forme moderne. Ainsi, l'église catholique brandit la menace que la diffusion de la contraception médicalisée provoquerait une « débauche sexuelle » féminine. Les méthodes contraceptives modernes sont ainsi jugées immorales par l'église, non seulement elles sont qualifiées d'« abortives », mais aussi lient l'acte sexuel à la procréation, comme l'exprime le curé d'une paroisse :

« Tout en restant dans la logique de la responsabilisation du couple, il ne faudrait pas qu'on se livre comme ça à ces méthodes, ce serait comme si l'Homme ne serait pas capable de se maîtriser, vivre comme des animaux. On a envie, on se jette l'un sur l'autre. Pour ne pas avoir d'enfants, il y a des méthodes là, on les applique. Il faut qu'on soit responsable de bout en bout. Si on détourne l'acte sexuel de ses fins, l'Homme ne peut être comparé à un animal qui s'accouple ».

Il faut aussi noter que, l'église n'est favorable qu'aux méthodes naturelles (sauf le coït interrompu) et considère que son utilisation doit se limiter au couple marié car toute relation sexuelle hors de ce cadre est considérée comme illégitime.

Par ailleurs, à y voir de près, on assiste à une manipulation de la part de certains chefs connus sous le nom de marabout, qui ne se basent que sur les convictions idéologiques pour attaquer la pratique contraceptive moderne. Ces manœuvres de désinformation visent plutôt à faire la propagande en faveur des pratiques maraboutiques de contraception. Il faut aussi noter qu'il existe une relation de complémentarité entre les marabouts et les guérisseurs traditionnels qui ont le monopole de la médecine traditionnelle. Ceux-ci disposent de la clientèle même si elle n'est pas nombreuse à qui ils proposent une gamme variée de contraceptifs : les bagues, les ceintures, les tisanes de certaines plantes, etc. De ce fait, l'espacement des naissances a un intérêt capital car il existe selon les enquêtés des médicaments pour le faire.

« À mon avis, l'islam n'est pas contre l'espacement des naissances. Si un enfant n'a pas atteint trois ans d'âge, il peut souffrir. Les marabouts font des remèdes à cet effet aux femmes lorsque ces dernières les consultent. Les marabouts font des médicaments ou autre chose à utiliser afin de ne pas tomber enceinte et ce jusqu'à ce que l'enfant grandisse » **Guérisseur traditionnel.**

De même, les normes imposées à la femme par son entourage (amis, parents, partenaires), constituent des "pressions sociales" au sens durkheimien des "contraintes sociales" afin qu'elle n'adopte pas les méthodes modernes de contraception. Ces normes qui freinent les pratiques contraceptives puisent leur source dans les us et coutumes, car élaborées à partir "des codes sociaux" (valeurs construites à partir de l'imaginaire populaire et reconnues par une société). Les pratiques sociales vis-à-vis des méthodes contraceptives surtout modernes sont considérées comme l'ensemble des manifestations liées aux facteurs religieux. C'est ce que Jodelet (1991), considère comme « une reproduction des schèmes de pensées socialement établis ». Ces éléments de la représentation vis-à-vis de la contraception ne font pas qu'exprimer des rapports sociaux mais contribuent à les constituer.

Quant aux croyances traditionnelles, elles réussissent également à émousser au sein des couples toute possibilité de décision individuelle en matière de procréation et des pratiques contraceptives. Visiblement méfiante de son mari, une femme affirme :

« Mon mari est polygame. Il n'a pas notre temps. Lui, son problème c'est de faire des enfants (...) et aucune occasion ne se présentera pour parler de planification familiale. Les décisions de mon mari sont irrévocables ».

Même si les facteurs dits « religieux » influencent les pratiques contraceptives des couples maxi de Savalou, les rumeurs sur les méthodes contraceptives constituent également des facteurs non négligeables.

- **Le poids des rumeurs**

Beaucoup d'angoisses et préjugés entourent la pratique contraceptive médicalisée en raison des rumeurs qui sont diffusées çà et là, alimentées par des personnes qui n'en ont jamais fait usage. Plus de 63% des interlocuteurs interviewés ont évoqué les rumeurs comme un frein aux pratiques contraceptives au sein des couples en milieu maxi de Savalou. L'état sanitaire d'une femme utilisatrice de la contraception a été un obstacle évoqué par la sage-femme d'une clinique. Elle décrit le vécu en ces termes :

« Les femmes viennent... Elles écoutent les rumeurs. Si tu leur demandes madame : "allez-vous prendre des pilules ? Automatiquement elles te diront qu'elles ne vont pas s'en procurer" ça me fait ci, ça me fait ça". Or, elles n'en ont jamais fait usage. Elles ont seulement écouté les rumeurs ».

Quelques rumeurs propagées sur les contraceptifs ont été recueillies auprès de différents interlocuteurs. Qu'il s'agisse de la pilule, des injections et des préservatifs, des appréciations les plus alarmantes sont faites sur leurs effets secondaires, supposés ou réels. Selon les acteurs enquêtés, la pilule aurait des réactions nocives avérées. Elle pourrait entraîner les amaigrissements, les

risques d'hypertension artérielle, les règles abondantes, les vertiges, la ménopause précoce et autres maladies. Certains disent :

« Si elle ne convient pas à ton sang, elle détruit l'utérus de sorte que tu vas toujours avorter en cas de grossesse »

Femme ménagère.

Les unités sociales comme "maladie et stérilité" existent dans l'imaginaire populaires vis-à-vis des pratiques contraceptives modernes et occasionnent des réticences ou des refus à l'adoption de la planification familiale. Ainsi, plusieurs interprétations ou propos de découragement sur la contraception moderne ont été recueillies auprès des acteurs enquêtés. Certains interlocuteurs ont évoqué quelques cas de rumeurs :

« La pilule contraceptive est une méthode à grand risque qui change tout de même le cycle de la femme » **Femme ménagère âgée de 39 ans.**

« Le préservatif contient parfois des maladies qu'on ignore. Son utilisation constitue une manière de s'acheter la maladie auprès des autres » **Conducteur de voiture.**

« Nous n'allons plus utiliser ces méthodes venant des blancs. Avant d'aller en aventure, ma femme et moi avons pris la décision d'utiliser une méthode injectable. Jusqu'à l'heure où je vous parle, ma femme trimbale une plaie au niveau de son bras. Aujourd'hui, nous n'avons même pas encore eu la chance d'avoir une grossesse » **Mécanicien.**

« (...) l'utilisation du préservatif, diminue le plaisir sexuel et peut entraîner l'infidélité chez la femme » **Instituteur.**

« L'utilisation des méthodes contraceptives est une politique européenne pour contrôler l'Afrique, une politique pour permettre aux pays africains d'avoir moins d'enfant, en plus de ça l'efficacité des produits n'est pas prouvée » **Menuisier**.

Il faut noter qu'il existe une diffusion des rumeurs entre différents acteurs sur les pratiques contraceptives au sein des couples. De ce fait, pour les utilisatrices "le doute et la crainte" s'installent dans leur esprit et part voix de conséquence, dans la conscience de leurs proches : ceux-ci qui à leur tour à la diffusion desdits rumeurs. Celles-ci en s'amplifiant donnent à certaines personnes l'impression d'une inefficacité des produits contraceptifs. La diffusion des rumeurs sur les méthodes médicalisées de contraception est une conséquence interactionnelle. La rumeur comble en effet le vide laissé par l'absence d'informations (induite par une absence de communication) ou la diffusion d'informations parcellaires fournies par les sages-femmes aux clientes. (Moussa, 2002)

IV.3. Stratégies proposées pour assurer la santé familiale

Pour assurer la santé familiale selon leur propos tenus, les participants proposent des stratégies importantes suivantes :

« Tout chef de famille doit être capable de supporter sa famille convenablement et doit constituer cette dernière selon ses moyens et capacités ».

« Un chef de famille ne doit pas se laisser dépasser par la grandeur de sa famille ».

Ceci veut dire qu'il est important de limiter la taille de sa famille par la limitation des naissances, mais aussi et d'abord par la limitation du nombre des épouses dans le foyer. Un participant disait à cet effet que

« Allah a accordé aux hommes la polygamie mais en insistant sur leurs capacités à la supporter convenablement avec équité et en totalité avec les enfants qui vont naître (...) contrairement à ce que les gens pensent ici en général ».

Une femme ne doit pas faire des enfants de façon très rapprochée ; elle doit se reposer pour permettre aux enfants de se développer normalement et de grandir en bonne santé avec moins de maladies. Si les enfants se suivent de façon très rapprochée, ce n'est pas bon pour l'enfant ; et dans certains cas la mère doit avoir honte ; car ses camarades vont la traiter de « mœurs légères » ; ainsi déclaraient certaines participantes : jeunes femmes et femmes adultes. On peut ainsi dire que le principe même de l'espacement des naissances par des moyens contraceptifs est perçu par la population comme incontournable pour une bonne santé familiale. Qu'il s'agisse de l'espacement des naissances ou de leur limitation voire de responsabilité paternelle comme l'ont relevé les hommes à travers les déclarations ci-avant rapportées, on voit que c'est la pratique de la contraception qui est proposée ici comme solution pour la santé familiale.

Pour que les membres de la famille soient en bonne santé, il faut aussi que la mère s'occupe quotidiennement de l'alimentation des enfants, mais et aussi de l'hygiène de la maison. Elle doit de même aussi manger de bons aliments et riches pour que son enfant puisse avoir suffisamment du lait à téter. Il en est de même pour la femme enceinte qui doit éviter aussi des durs travaux. C'est en substance ce que des jeunes femmes déclaraient. Une de leurs aînées du groupe ajoutait :

« La femme enceinte doit commencer très vite ses visites (CPN) à l'hôpital et respecter les conseils des agents de santé ».

Une femme et un homme de plus de 35 ans déclaraient que pour aspirer à la santé Familiale.

« La protection de tous les membres de la famille est nécessaire. Le respect des interdits et tabous par la femme surtout ».

Dans chacun des groupes où cette conception a été évoquée, plus de la moitié du groupe par un signe de tête. Toutes ces déclarations permettent de relever que les participants proposent aussi des stratégies relatives à l'hygiène alimentaire, corporelle et du milieu sans oublier la pratique des consultations prénatales des femmes enceintes. De même, la conformité à certaines pratiques préventives et curatives traditionnelles authentiques ne semblent pas oubliées, et sont

considérées parfois même comme obligatoires. Elles sont encore des réalités très fortes à Savalou. La déclaration des personnes de plus de 40 ans illustre bien l'aspect mystique de la santé pour la population.

« Tous les membres de la famille doivent vivre en bonne entente et en harmonie ».

Conclusion partielle

Les maxi de Savalou connaissent l'existence des méthodes contraceptives traditionnelles et modernes de même que leur utilité pratique. Les principales sources d'information et lieu d'approvisionnement sont également connus. Mais les pratiques médicalisées de contraception demeurent faibles. Ceux-ci, bien que désirant contrôler et orienter la fécondité, n'en demeurent pas moins profanes en ce domaine. De même, les couples font recours aux moyens contraceptifs traditionnels et populaires (savoir-faire populaire). La faiblesse de la pratique contraceptive médicalisée au sein des couples est multifactorielle. Elle est généralement due à l'imbrication de deux ou plusieurs facteurs.

CHAPITRE VI : ACTEURS ET PROBLEMATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Plusieurs acteurs à savoir : les femmes mères, les époux, les sages-femmes, les pairs éducateurs, les agents de la politique de santé publique, les chefs religieux ou coutumiers sont des acteurs clés pour la réussite des programmes de planifications familiale. Ainsi quelle est leur influence dans la saisie de la problématique de la planification ?

VI.1. Analyse de l'influence des acteurs

Les acteurs apparaissent dans ce travail comme les éléments très importants qui agissent conformément à leurs besoins, aspirations, rôles et surtout difficultés. L'acteur est un individu qui agit selon ses propres desseins et ses propres motivations. Les différents auteurs se distinguent à travers le qualificatif des motivations de l'acteur. Ainsi, Weber (1922) va rechercher les différents types de motivation qui animent les acteurs, Parsons (1952) parle des types d'interaction suscitées, Boudon (1983) parle des modèles de rationalités, Crozier et Friedberg (1977) s'intéressent aux rapports qu'entretiennent les acteurs au sein des différents types d'organisations. A travers ces auteurs, il est aisé de comprendre les inter-influences des acteurs de l'utilisation de la planification

familiale (les problèmes inter relationnels, le rôle joué par l'agent de santé, les relais communautaires et les partenaires techniques et financier) dans la chaîne de l'adoption de la contraception. Selon Tingbé-Azalou (2005), l'acteur est une personne, un groupe ou un organisme visant certains objectifs et confronté à certaines contraintes et qui peut par ses stratégies et ses moyens influencer sur le devenir du système étudié (Montcho, 2015 : 57-58). Dans le processus de l'utilisation massive de la planification familiale, plusieurs acteurs sont distingués. Il s'agit : des partenaires techniques et financiers, des relais communautaires, des hommes, des femmes, des acteurs politiques, du personnel de santé.

VI.1.1. Entre personnel de santé et couples utilisatrices

Les problèmes interactionnels (rapports sociaux, accueil, la confidentialité des informations) sont aussi des facteurs de blocage à la pratique contraceptive. D'ailleurs, c'est l'une des questions les plus récurrentes posées par plusieurs études en milieu médical (Becker, 1985 ; Olivier de Sardan, Moumouni et Souley, 2000, Moussa, 2002, etc.). Ces études ont notamment mis en évidence la conduite des agents de santé comme l'un des premiers facteurs engendrant la désaffection des centres de santé. En effet, la qualité de l'accueil ne semble pas encore totalement intégrer les habitudes des agents à l'intérieur des centres de soins. Pour la plupart des patientes, l'accueil est encore dissuasif. La bonne

humeur, les salutations, l'offre de siège, l'écoute, la disponibilité, qui participent de la qualité d'un bon accueil, ne se manifestent qu'épisodiquement. Aussi, la qualité de l'accueil ne répond pas aux attentes exprimées par les utilisatrices des méthodes contraceptives. On estime que les règles de bienséances ne sont pas toujours respectées. En dehors de quelques patientes qui signalent une cordialité à l'intérieur des centres, la majorité s'accorde sur le fait que "les sages-femmes sont autoritaires du corps soignant". L'accueil devrait se reposer sur certaines habitudes telles que les salutations et l'offre de siège qui sont pour les patientes, des préalables à toute forme de sociabilité. Or, selon certaines femmes enquêtées, la majorité des sages-femmes n'adressent pas les premières salutations à leur patiente. Les questions de l'accueil et la confidentialité des informations ont certes été évoquées, mais avec moins d'intérêt. De ce fait, les sages-femmes des divers centres de santé enquêtées ont justifié la conduite des femmes très peu utilisatrices des méthodes contraceptives par une étonnante promptitude sur le problème de la communication,

« Elles préfèrent le silence lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la confidentialité ou les informations apportées sur les méthodes vaginales de contraception »
Sage-femme du centre de santé de Savalou.

Pour aborder les femmes utilisatrices sur ces méthodes de contraception, les sages-femmes emploient des approches qui s'apparentent tantôt à celle des

“entrepreneurs de morale” Becher (1985), tantôt à celle de “véritables autocrates”. Dans le premiers cas, ces sages-femmes fustigent sans ménagement, l’attitude de certaines femmes, et ceux-ci de deux manières différentes correspondant à deux catégories de femmes utilisatrices : celle qui ont avancé et qui n’ont pas encore mis fin à leur expérience génésique, et celle qui ont des grossesses rapprochées. Ces clientes femmes utilisatrices disent subir le discours moralisateur de personnel de santé bien avant la consultation de planification familiale vers laquelle elles ont été systématiquement orientées sans être y réellement préparées. Ainsi, en faisant la morale à certaines patientes, les sages-femmes condamnent de façon à peine voilée, l’hypertrophie de leur libido :

« Une sage-femme qui te reproche d’avoir beaucoup d’enfant t’adresse tout simplement un message : tu en fais trop avec ton partenaire. En tout cas, moi je comprends ainsi et pas autrement » **Femme mariée.**

L’autre chose qu’il faut souligner est que quelques femmes interrogées fustigent les comportements de certaines sages-femmes.

« Il ya des sages-femmes qui connaissent bien leur travail. Mais, pour une utilisatrice qui revient après une première expérience contraceptive, il y a peu de chance qu’elles te demandent les effets qu’ont dû produire sur sa santé les produits antérieurement prescrits. Aussi, le manque d’analyse de sang en rapport avec la méthode qui convient

créé parfois des “maladies voulues” chez nous les femmes, car personne ne t’a appelé » **Institutrice.**

Les rapports sociaux entre le personnel de santé et les clients s’expliquent à travers les interactions entre ces deux catégories d’acteurs. Pour les prestataires, ceux-ci disent faire bien leur travail sans haine, sans insultes. Par contre, les femmes pensent que la peur d’être insultée par les agents de santé fait qu’elles n’arrivent pas à exposer leurs problèmes, à demander conseils.

Enfin, les discours socioculturels et religieux, le poids des normes imposées à la femme, les rumeurs et certaines attitudes telles que la honte, les actes d’infidélité et les comportements du personnel de santé envers les utilisatrices de la planification familiale constituent des obstacles à l’adoption de la planification familiale au sein des couples en milieu maxi de Savalou

VI.1.2. Qualité du personnel sanitaire et discours

Ici les deux variables sont ensemble parce qu’allant de pair, et que le discours tenu peut déterminer aussi la qualité du personnel. Le discours de l’animatrice sur un sujet aussi délicat que la vie sexuelle des couples, appuyé souvent d’une reproduction de l’appareil génital féminin, et masculin brandi en public reste et demeure choquant, et un peu amusant pour les uns et les autres. Pour convaincre les femmes à prendre conscience de leurs conditions de vie, l’animatrice énumère les activités quotidiennes de la femme noire notamment rurale pas

comme un devoir, mais comme faisant partie de sa vie misérable. Afin de toucher leurs points sensibles, leur permettre de changer de mentalité et, au-delà, devenir responsables de leur vie sexuelle et de leur corps. Les époux des femmes suivant le message de l'animatrice sont un peu inquiets. Ils pensent qu'à la longue leurs épouses ne vont plus les écouter et accepter de leur obéir puisqu'elles pourraient devenir économiquement autonomes. Les épouses aussi prudentes n'abordent pas ce sujet les premières et attendent les réactions de leurs partenaires avant de s'en convaincre car s'il devait avoir changement de mentalité, cela viendrait de l'homme et de son encouragement à son ou ses épouses. 30% des informateurs ont trouvé très utiles les campagnes de sensibilisation. Mais quant aux acteurs habilités à faire ces campagnes de sensibilisation, 72% ne font pas une différence de sexe ; 96% acceptent la femme comme membre d'organisation de sensibilisation dirigeant la séance sans inconvénient. Plus de la moitié de femmes n'ont pas insisté parce qu'elles sont habituées à voir l'animatrice de la localité. Et au niveau du centre de santé le médecin leur parle en compagnie des sages-femmes.

VI.1.2.1. Rôle de l'agent de santé

Dans la plupart des centres de santé à Savalou, les sages-femmes sont les responsables du volet planning familial. Elles sont chargées à elles seules des campagnes de sensibilisation et d'information des femmes inscrites. Au même

moment, elles sont chargées d'assurer les consultations prénatales et post-natales. Dans ces conditions, comment peuvent-elles mener à fond et à bien ces deux rôles ? Cela témoigne de l'intermittence de séances de sensibilisation. Dans cette logique, il est impossible de sensibiliser et d'informer régulièrement et donc suffisamment les bénéficiaires afin d'obtenir une évolution positive. D'ailleurs jusqu'à ce jour, le problème de personnel se pose toujours. La plupart du temps, la sensibilisation des femmes se fait en l'absence des maris. Cette approche ne permet pas de faire participer ensemble les partenaires impliqués dans l'usage des méthodes modernes de contraception et la recherche du bien-être familial. Dans ces conditions, les chances de réussite sont infimes puisque toute prise de décision doit avoir un accord du mari. Ce qui expliquerait l'échec du projet. Il ressort des entretiens avec l'une des sages-femmes que la majorité des femmes inscrites au planning familial laissent leur carnet de consultation auprès d'elle et ne les récupèrent que les jours de consultation. Le choix porté sur une sage-femme pour la sensibilisation sur le planning familial permet aux femmes de se faire confiance.

Les sages-femmes, nous ont confié qu'au cours de leurs séances de sensibilisation, incitent les femmes à prendre conscience de leur statut discriminatoire établi par la tradition et l'ordre juridique en vigueur. Toutefois elles doivent obéissance et respect à leur mari puisque c'est dans l'entente ou de

commun accord qu'ils pourront tous deux utiliser librement les méthodes de la planification familiale. Si la procréation est l'œuvre commune du sexe masculin et féminin, il n'en demeure pas moins vrai que ce sont les femmes qui sont les premières à subir les conséquences. C'est pourquoi elles sont plus encouragées dans un esprit de changement de comportement afin d'assurer la santé de la mère et de l'enfant. Selon les sages-femmes, il faut reconnaître que la tâche est ardue du fait de l'irrégularité de certaines femmes à la réunion et la non utilisation par d'autres des méthodes contraceptives suite à l'autorité abusive de leur conjoint.

VI.1.2.2. Niveau d'instruction et droit de la femme

Il est à remarqué que 60% des femmes ne sont pas instruites, un peu moins chez les hommes. L'instruction est un atout majeur et additif qui permet d'être plus responsables de leur corps et de décider du nombre d'enfants à avoir dans la vie au regard de ses moyens. Tous les enfants ont droit à une éducation, une instruction de qualité qui répond à leurs besoins. L'éducation ouvre de nouvelles possibilités aux enfants et permet aux femmes de pouvoir raisonner leurs époux. Mais les féministes et autres auteurs affirment que la femme doit être en mesure et a même le droit de *dire non quand c'est non et oui quand c'est oui tout en sachant avec certitude qu'elles sont des entités entières*. Ces auteurs ou tenants n'ont pas cru devoir intégrer le caractère milieu dans leurs analyses. Pour eux,

les femmes ne sont pas la propriété de leur mari ni de quelqu'un d'autre et doivent être responsables de leur corps et de leur bien-être. Ce qui légitime les propos de l'ancien Président Nyeréré de la Tanzanie pour qui « l'éducation, n'est pas un moyen de fuir la pauvreté d'un pays. C'est un moyen de la combattre ». Ainsi, l'instruction donne droit au savoir sur les droits de l'Homme et par-delà les droits de l'enfant et ceux de la femme. Ces droits devront permettre aux femmes si toutes sont instruites et bien, d'établir l'égalité entre les sexes et de ne plus être "aveuglement" soumises à leurs époux en bafouant ou négligeant leur corps pour ne faire plaisir qu'à ceux-ci. Ceci sera possible si la volonté politique rend : obligatoire l'école jusqu'en terminale, gratuites les frais scolaires pour les contrées où le taux de scolarisation est très faible pour un certain nombre d'années. Un autre pari est de créer des centres d'alphabétisation pour la majorité des adultes qui ont raté cette base instructive sur toute l'étendue du territoire.

VI.1.3. Rôle des relais communautaires

L'ABPF dans ses efforts de continuité pour l'information et l'éducation des masses rurales a identifié et formé, avec l'appui des communautés villageoises, des volontaires qui servent de liaison entre leur bureau et les populations pour les sensibilisations. Ceux-ci sont chargés de pérenniser les sensibilisations faites par les animatrices afin que les efforts déjà fournis ne s'estompent pas. Cette

stratégie mérite d'être renforcée et améliorée. La formation de ces acteurs devra être envisagée aux fins de ne pas mettre en péril les efforts des personnels de santé à travers leurs discours et autres faits qui pourront être qualifiés de moins exemplaires. Il faudra du personnel complémentaire toujours avec l'appui des populations de manière à ce que chaque couche puisse se retrouver avec un interlocuteur approprié.

VI.1.4. Rôle des acteurs politiques

L'acteur politique est l'autorité publique qui agit dans le but de faire respecter les lois, textes, normes et règles de façon universelle sur l'ensemble du pays sans tenir compte des spécificités culturelles et religieuses de chaque partie composant le pays. Selon Kalhoulé (2005) « c'est une personne qui détient le ou les pouvoirs au niveau des instances politiques. Il a la possibilité de modifier un comportement observé dans la société par un processus de communication et/ou par intervention de sanctions punitives. » (Montcho, 2015). Chaque acteur agit selon ses responsabilités, besoins et intérêts. Dans le cas de la pratique de la contraception moderne au Bénin, les gouvernements successifs, dans le but de contribuer au bien-être des familles, ont participé et ont signé plusieurs accords internationaux lors des sommets internationaux sur la santé de la reproduction et la planification familiale. Aussi, à l'interne plusieurs lois ont-ils été adoptées

dans le but de faciliter l'adoption massive des méthodes contraceptives modernes.

VI.1.5. Rôle des partenaires techniques et financiers

L'investissement dans la santé maternelle et infantile nécessite beaucoup de moyens auxquels l'Etat béninois seul n'arrive pas à faire face. Aussi, par rapport aux enjeux mondiaux que supposent les questions de la démographie et la nécessité de régulation des naissances dans leurs liens étroits avec la réduction de la pauvreté, il y a lieu de financer les politiques de populations. A cet effet les apports extérieurs sont d'une grande nécessité ; ce qui justifie l'appel des Etats à l'aide et aux subventions des partenaires techniques et financiers. Il s'ensuit donc un établissement de liens entre pratiques de planification familiale, santé de reproduction et réduction de pauvreté.

VI.2. Problématique de la planification familiale

Il ne fait de doute pour personne aujourd'hui que les problèmes de population soient à l'ordre du jour de l'actualité mondiale. La politique de planning familial est une réalité tout à fait indéniable dans presque tous les pays africains dont le Bénin. Dans ce pays, en matière de planning familial, on note un léger progrès dans les milieux urbains contrairement à ceux ruraux compte tenu des normes et des pratiques sociales qui caractérisent ces milieux. Boudon dira que les

individus n'agissent pas dans le vide mais qu'ils sont insérés dans des contextes sociaux qui conditionnent leurs comportements, à défaut de les déterminer.

VI.2.1. Quand la femme est vulnérable !

Ainsi, il apparaît très nettement dans les données de l'enquête un taux élevé d'enquêtées se situant dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans. C'est la proportion d'âge sexuellement active, capable de procréer. Etant adolescentes scolarisées ou non, on a du mal à maîtriser la sexualité pendant cette tranche d'âge. La conséquence directe est qu'ils contractent des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles. Un autre fait marquant est la tendance au mariage précoce et ce sont les jeunes femmes qui n'ont pas d'expérience en ce qui concerne la maternité. Elles sont plus sensibles au fardeau que constitue le poids de la procréation. Cette situation peut s'expliquer par une éducation basée sur le genre dont la jeune fille occupe le second plan. Une éducation de fille orientée vers une future femme ayant pour rôle de procréer et d'être au foyer. Sur ce, les jeunes filles sont très tôt victimes de mariages et grossesses précoces.

La scolarisation des enfants dans les communautés rurales a été toujours guidée par les perceptions, les intérêts et la vision des parents par rapport aux enfants. Généralement, la scolarisation de la fille suscite moins d'intérêt pour les parents. On constate que la société n'accorde pas la même attention aux filles et aux garçons. Cette scolarisation discriminatoire basée sur le genre, a une incidence

sur les comportements de la fécondité. Plus on est instruit, moins on est porté à avoir beaucoup d'enfants. Autrement dit, l'instruction rend l'individu conscient de charges supplémentaires liées à toute naissance à savoir : les frais d'éducation, des soins de santé, etc. alors que la plupart des personnes non instruites croient que beaucoup d'enfants constituent une richesse. Cette vision d'avoir beaucoup d'enfants se répercute sur la femme qui exécute les tâches et les travaux pour subvenir aux besoins des membres de la famille. Il ressort des données de l'enquête que la femme est la vitalité de la famille. Les hommes sont plus enclin à la polygamie et donc à la famille nombreuse qui apportent une main-d'œuvre et un prestige au chef de famille. Le divorce semble un fait rare en milieu rural. Le mariage donne une considération et permet à la personne mariée d'intégrer le rang des personnes responsables. En milieu rural comme celui de Savalou, socialement, l'opinion de la collectivité est pour une famille nombreuse. A cette raison se greffent des questions, concernant les prises de décisions dans la cellule familiale. Les résultats de l'enquête révèlent également que la taille du ménage est influencée par les opinions diverses. Toutefois, il faut reconnaître que cette décision varie selon l'opinion du mari, qui pour la plupart du temps, influence la prise de décision concernant ce sujet. Le constat fait est que les hommes, très souvent réduisent les femmes à leur rôle de procréatrice. Etant donné que ce sont des femmes moins instruites ou non instruites qui

méconnaissent leur droit en ce qui concerne leur liberté de disposer elles-mêmes de leur corps. Le nombre d'enfants qu'elles sont susceptibles de supporter pour préserver leur santé et celle de l'enfant. Aussi l'autorité abusive des hommes conditionne dangereusement le nombre d'enfants qu'elles ont à leur charge. Bien que le comportement reproductif puisse différer des désirs exprimés, l'effectif idéal de la famille est un bon indicateur des attitudes des hommes et des femmes pour les naissances. Pour la femme, la taille idéale de la famille se mesure typiquement en termes de fertilité, c'est-à-dire au nombre de grossesses qu'elle aura eu au cours de sa vie reproductive. De plus, la majorité des femmes enquêtées auraient souhaité que la durée d'espacement des naissances soit de deux (2) ans et plus. Ceci prouve que ces dernières ont reconnu et accepte massivement l'idée de planning familial par le biais de l'espacement des naissances. Mais quant à la pratique elles sont réticentes ou sont influencées par les usages sociaux et la décision de leur mari. Ceci est dû à l'analphabétisme, la concurrence qui nait du régime polygamique et le désir d'avoir plus de garçons qui constituent l'enjeu même de la procréation. Cette autorité abusive de certains hommes sur les femmes se répercute sur l'éducation des enfants et on note un intérêt pour les garçons que pour les filles. Comme on le remarque l'autorité des hommes dans la vie conjugale est fatale pour l'émancipation de la jeune fille.

Cette situation sur le genre ne favorise guère l'avenir des filles. Concernant la perception des enquêtées sur la signification du planning, on note une parfaite connaissance et la plupart de celles-ci estiment que cela est une bonne chose car la santé de la mère et de l'enfant en dépendent. Toutefois, bien que les femmes soient inscrites au planning familial, la participation de certaines d'entre elles aux réunions se heurte au refus de leur mari. Aussi faut-il noter l'absence de communication dans le foyer concernant surtout les méthodes contraceptives. Souvent, les maris affirment ne pas faire confiance aux pratiques du planning familial et jugent les produits utilisés inefficaces. Ils ont évoqué des risques pour justifier leur refus à l'utilisation des moyens modernes de contraception. Comme risques, ils entendent la stérilité à long terme, le vieillissement précoce, le cancer et tant d'autres maladies ou complications. La majorité des enquêtées connaît au moins une méthode de planning familial. Ayant peu de possibilités de gagner des moyens de subsistance indépendamment des hommes, les femmes sont contraintes d'obtenir des ressources en se pliant aux désirs sexuels des hommes. Elles sont dans l'incapacité de négocier leur sexualité à moindre risque. Elles craignent la violence physique et sexuelle, la perte d'une sécurité économique ou d'un toit, la rupture conjugale, la perte d'estime de soi etc. conséquences de leur initiative ou option à l'usage d'une méthode contraceptive. Au demeurant, il ressort de cette analyse quantitative que l'autorité des hommes en milieu rural

dans tous les domaines engendre les inégalités du genre qui accentuent la subordination féminine.

L'introduction de la question du genre dans la recherche d'une problématique située au croisement de réalités physiques, mentales et sociales concernant le planning familial, suppose d'abord que l'on reconnaisse qu'on ne peut expliquer l'échec du planning familial en milieu rural "maxi" de Savalou en faisant abstraction de certaines caractéristiques des personnes qui pratiquent ou subissent le fait. Qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, la variable sexe des personnes impliquées dans ce processus fait partie de l'explication fondamentale des uns et des autres face aux pratiques. Pour Ayena (2003) : « les femmes sont restées des minorités visibles dans la sphère publique, non pas parce qu'elles sont incompetentes mais parce qu'elles sont exclues ou marginalisées, à cause de leur identité féminine. Elles sont victimes de la discrimination systématique ». Cette situation n'a guère changé dans les sociétés africaines et celles Bénin surtout en milieu rural où la domination masculine a un impact sur la pratique et l'utilisation des méthodes modernes de planning familial. Dans certaines familles "maxi" de Savalou, il n'est pas bienséant pour la femme de discuter des méthodes de contraception concernant le planning familial. Les relations et les constructions culturelles sont fondées sur des préjugés de genre et des stéréotypes dans les rôles. Ces préjugés, mythes et proverbes constituent des

canaux de transmission des disparités du genre. Mais, ce construit social défini est souvent préjudiciable à la femme sur qui les influences sont plus accentuées. La conséquence en est que la majorité des femmes qui se retrouvent au foyer, manquent de confiance en elles-mêmes quand il s'agit surtout d'affronter les hommes et de négocier avec eux des rapports sexuels à moindre risque. Tout compte fait, on constate que les droits positifs assurent l'égalité des genres et donnent en principe à la femme le même accès aux services sociaux, aux soins médicaux, à l'éducation, etc. Mais dans la pratique, la promotion des droits de la femme connaît des limites liées aux pesanteurs sociologiques telles que les coutumes, les traditions, les stéréotypes sexistes et les préjugés sur la femme.

VI.2.2. Responsabilité des hommes dans l'adoption de la planification familiale

Le planning familial fait des stratégies d'amélioration du niveau et de la qualité de vie de la population. Etant donné le rôle critique que les hommes jouent dans la prise de décisions relatives à la famille et à son effectif, leur soutien et leur participation sont essentiels pour mieux comprendre quelles sont leurs intentions en matière de reproduction. La plupart des méthodes modernes de contraception qui ont été élaborées au cours de ces dernières décennies ont été conçues pour les femmes. Peu d'attention portée aux hommes dans le programme de la planification familiale peut expliquer leur désintérêt. Pendant les campagnes de sensibilisation et d'information, le contenu du discours vise les femmes et la

plupart des méthodes contraceptives sont conçues pour elles, seules bénéficiaires des sensibilisations dans les centres sociaux et de santé les jours de consultations prénatales et postnatales. Le programme se déroule comme s'il était conçu pour exclure les hommes.

Il ressort des entretiens avec les hommes que ces derniers jouent un rôle important dans la prise de décisions concernant la famille, y compris celles qui portent sur l'effectif de la famille et le planning familial. Pour la majorité des hommes interrogés, l'utilisation d'une méthode quelconque de planning familial par la femme doit avoir l'accord du mari. Une femme qui le fait sans l'accord de son mari s'expose aux risques d'être battue par ce dernier ou d'être soupçonnée d'infidélité. Certains hommes ont même déclaré qu'ils renverraient leurs femmes qui s'adonneraient à de telles pratiques. Pour d'autres, bien qu'il existe la communication entre les membres du couple, les hommes pensent qu'ils abordent rarement les questions concernant le planning familial et que souvent ce sont les femmes qui sont les premières à évoquer le sujet. Malgré la reconnaissance timide des droits de la femme, l'utilisation par la femme d'une pilule par exemple doit avoir le consentement des hommes. Car disent-ils encore :

« Nous sommes les chefs de familles, les protecteurs de la famille et nous devons savoir ce qui se passe dans notre foyer ».

Par ailleurs, il ressort des entretiens que les hommes préfèrent avoir plus de garçons que de filles car disent-ils : « *Il faut quelqu'un pour me remplacer après ma mort* ».

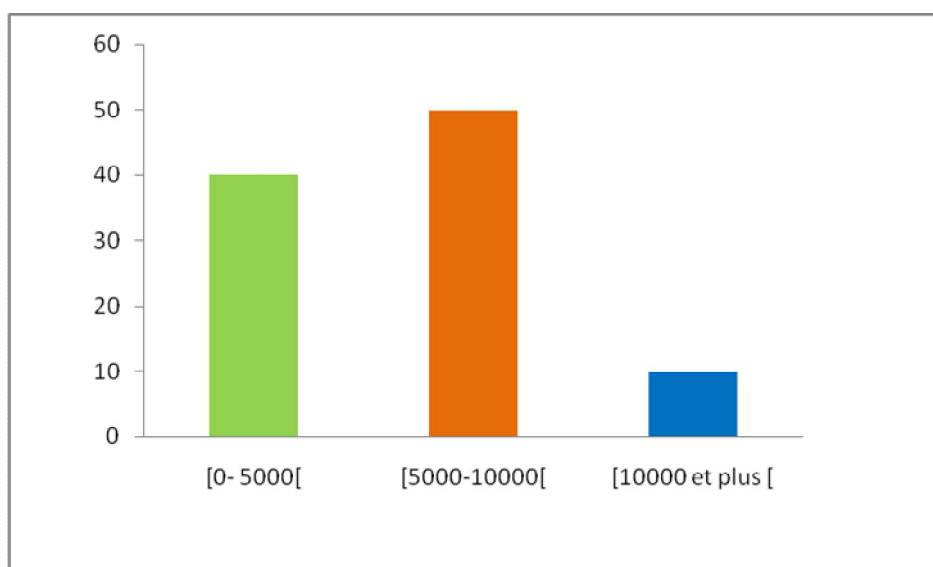
Ce qui explique par conséquent privilège que les parents accordent aux garçons. Cette vision des hommes face à la planification familiale trouve une explication à travers les pratiques et l'éducation des hommes liées au genre. L'opposition de certains hommes à l'égard des femmes concernant l'utilisation de certaines méthodes de planification familiale est une manifestation de relations de pouvoir depuis longtemps inégales entre les hommes et les femmes, mécanisme social d'importance capitale maintenant les femmes dans une position de subordination, par rapport aux hommes. La famille constitue le lieu par excellence où s'observent les disparités liées au genre envers les femmes. En effet, le noyau familial est le lieu où s'apprennent et se reproduisent les rapports sociaux de genre et la domination masculine.

L'attitude des hommes envers le planning familial détermine ou non son application. Généralement les hommes ont tendance à avoir une attitude moins positive envers la méthode. Les hommes peuvent participer de deux façons à la politique de planification familiale : en apportant leur soutien à la décision prise par leur partenaire de s'en servir, ou en pratiquant eux-mêmes une méthode destinée aux hommes (préservatif, abstinence périodique, etc.).

VI.3. Impacts de la planification familiale

Selon certaines couches, souscrire à la planification familiale suppose qu'il faut d'abord manger à sa faim. C'est cela qui a motivé à l'investigation sur les revenus mensuels des femmes "maxi" de Savalou qui sont appelées à adopter les méthodes modernes de contraception. Le graphique suivant permet de faire une analyse comparative.

Graphique 8: Répartition des femmes selon leur revenu mensuel (N=215)

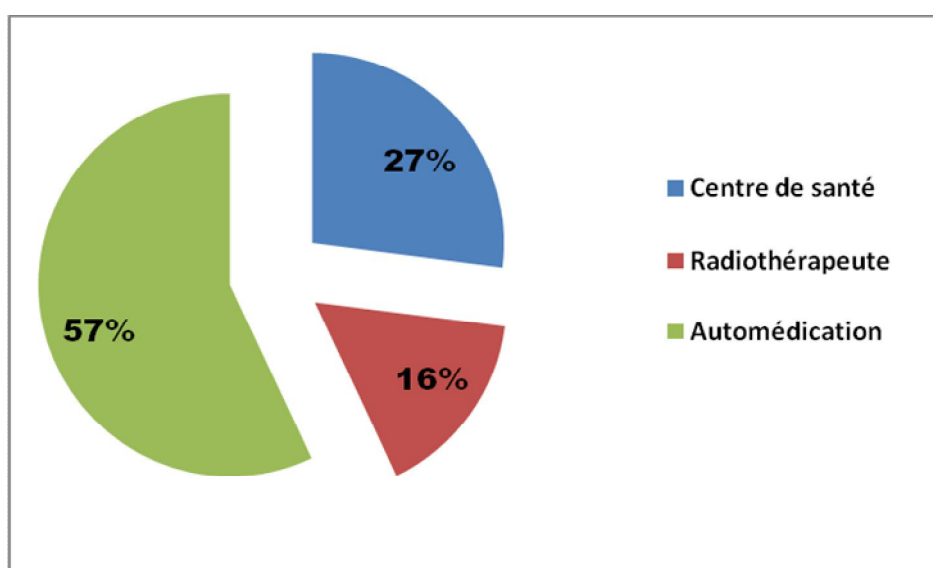


Source : Données de terrain, 2015

Il ressort du graphique 8 que 90% des femmes ont un revenu inférieur à 10000F CFA, laissant 10% seulement à ceux dont les revenus sont supérieurs ou égal à

10000 FCFA. Ces revenus proviennent pour la plupart d'elles de la vente des produits agricoles. Ils sont prioritairement et légitimement orientés vers les besoins alimentaires d'abord. Ces parents ne pensent pas à la santé, sauf si celle-ci s'est dégradée. Très peu fréquentent les centres de santé comme le montre le graphique 9.

Graphique 9: Répartition (%) selon les recours aux lieux de soins (N=215)



Source : Données de terrain, 2015

Les données de ce graphique 9 révèlent que conformément aux réalités nationales, les maxi de Savalou font plus recours à l'automédication (soit 57%) pour satisfaire leurs problèmes sanitaires. Toutes situations qui influencent les

recours aux méthodes modernes de contraception le plus souvent disponibles dans les centres de santé. Seulement 27% se porte vers ces centres de santé mais surtout lorsque l'automédication a échoué. Il ne faut aussi pas perdre de vue les 16% qui traduisent toujours l'attachement des maxi de Savalou aux acteurs de la médecine traditionnelle. Ces éléments sont très capitaux dans la compréhension et l'analyse de l'adoption des méthodes modernes de contraception. Cette situation a des effets du point de vue sanitaire sur les femmes et les enfants.

VI.3.1. Au plan sanitaire

Chez les "maxi" de Savalou, l'échec de certaines méthodes traditionnelles et la non adoption des méthodes modernes de contraception sont à la base de plusieurs grossesses non désirées et des grossesses précoces ; ce qui conduit les femmes à se livrer à l'avortement.

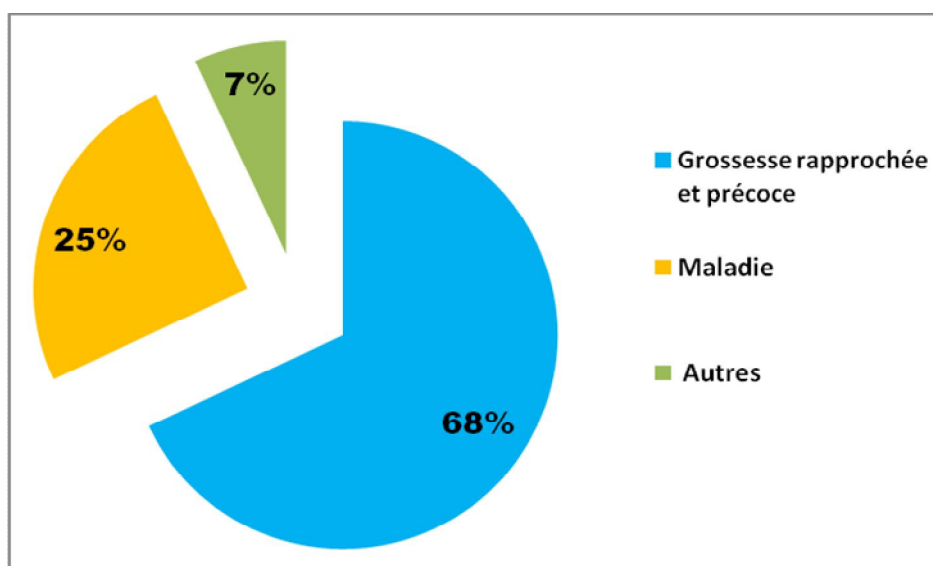
Tableau VI : Répartition des enquêtées selon le nombre d'avortements provoqués

Avortements provoqués	Effectif	Pourcentage %
Jamais	138	64
Une fois	64	30
Deux fois	9	4
Deux fois et plus	4	2
Total	215	100

Source : Données de terrain, 2015

Sur les 215 femmes enquêtées, 138 soit 64% n'ont jamais eu des avortements provoqués ; 64 parmi elles, soit 30% ont reconnu avoir interrompu volontairement une grossesse une fois dans leur vie. 6%(4%+2%) de cet échantillon ont recours à l'avortement au moins deux fois dans leur vie. Alors que ces avortements pratiqués souvent clandestinement mettent en danger la vie de plusieurs femmes. Or, l'un des objectifs de la planification familiale, c'est d'éviter les grossesses non désirées. Ces statistiques orientent le chercheur à comprendre les causes de la provocation desdites grossesses. Le graphique 10 en livre les résultats.

Graphique 10: Répartition (%) selon les causes des avortements (N=215)



Source : Données de terrain, 2015

A la lecture du graphique ci-dessus, les avortements provoqués et/ou spontanés sont dus au fait que les femmes contractent des grossesses trop rapprochées et précoces ; 68% ont confirmé ce fait. 25% sont intervenus pour raison de santé. Toutes ces réalités trouvent leurs origines du fait que le corps de ces femmes est fragile et soumis à des maladies. 211 femmes, soit 98%, ont reconnu les conséquences liées à la non adoption de la planification familiale. Elles ont même pris conscience et la mesure de la situation. Des arguments économiques sont avancés pour les causes qui justifient leurs conditions de vie à la non adoption des méthodes modernes de contraception.

VI.3.2. Au plan socioéconomique

Il s'agira ici de considérer l'éducation des enfants et la capacité d'épargne des femmes

- **Education des enfants**

L'éducation des enfants, surtout leur scolarisation demeure un élément clé de développement. Plus de la moitié des enquêtées ont leurs enfants à l'école primaire. Ces enfants abandonnent pour la plupart avant la fin du premier cycle faute de support. Les parents n'ont pas les moyens pour qu'ils continuent leurs études et souvent toutes les charges reposent sur les femmes « chefs de familles » avec des revenus très insignifiants. Tout ceci découle d'un manque de

planification des naissances. Cette situation qui maintient la plupart des pays dans le sous-développement. A défaut de poursuivre les études, apprendre un métier est aussi la meilleure façon de continuer l'éducation des enfants. La plupart des enfants laissés à eux-mêmes deviennent des délinquants, et les filles se livrent à la prostitution ou deviennent des domestiques en ville. Or quand les naissances sont planifiées et espacées les parents ont les moyens d'assurer une meilleure éducation de leurs enfants. La photo ci-dessous montre des enfants de même père et d'âges très rapprochés faute de planification familiale. La conséquence est qu'ils ne sont pas scolarisés.

Photo : *Enfants de même père*



Source : Données de terrain, 2015

- **Capacité d'épargne**

La majorité des enquêtées a des revenus très faibles qui ne leur permettent ni d'épargner, ni de subvenir aux besoins de leurs familles. Ce qui explique que ces femmes sont souvent très endettées et font le métayage. D'ailleurs, la planification familiale permet à la femme de récupérer entre deux grossesses, d'avoir une bonne santé et de faire des activités économiquement rentables. Aussi dans les familles où les femmes ont moins d'enfants les épargnes sont investies dans l'équipement mobilier et l'éducation des enfants.

- **La santé maternelle**

Pour la plupart des femmes enquêtées, le fait d'avoir des grossesses rapprochées et non désirées agit sur l'état de santé de la femme. Il se fait qu'à Savalou, les avortements sont pratiqués avec l'aide des tradi-praticiens qui introduisent des produits préparés à base des plantes qui ont des effets secondaires sur leur corps ou bien rongent le col de l'utérus. Ces genres de pratiques ont coûté la vie à beaucoup de femmes qui sont décédées à la suite des complications. Le fait d'avoir des grossesses rapprochées, entraînent des maladies et des avortements spontanés. Les femmes surtout, dans le but de préserver leur vie, et celles de leurs enfants doivent adopter des méthodes d'espacement de naissances. Espacer les naissances d'au moins 2 ans est important et vital pour les deux (mères et

enfants). La majorité des femmes “maxi” de Savalou n’allaitent pas leurs enfants quand elles sont enceintes. Elles éprouvent des difficultés à prendre des aliments riches et équilibrés aux fins de bien s’occuper en retour de leurs enfants. Les anémies nutritionnelles, l’insuffisance, l’affaiblissement du corps sont autant de maux qui rendent leurs accouchements compliqués et précaires. Autant de réalités malheureuses qui augmentent l’effectif des veufs et des orphelins dans la commune de Savalou. Tout ceci, n’est que la conséquence de l’absence des méthodes de planning familial.

Le planning familial permet d’abord aux femmes d’éviter les grossesses précoces et de vaincre l’infertilité. Aussi, elle permet d’éviter les grossesses non désirées. Il permet à la femme de récupérer entre deux grossesses et de jouir d’une excellente et parfaite santé de même que ses enfants.

- **Santé infantile**

L’une des raisons pour lesquelles les naissances sont incontrôlées est l’élévation du taux de mortalité infantile. La peur de voir mourir tous les enfants fait qu’il faut en avoir beaucoup pour que le nombre qui a échappé à la mort puisse garantir les vieux jours. Bon nombre de femmes ont connu le décès d’enfants de 0 à 5 ans. A la question de savoir quelles sont les causes des décès des enfants, la sorcellerie a été citée principalement. Il convient ici de souligner l’influence

culturelle et religieuse. Même un enfant mal nourri et même décédé à la suite d'une diarrhée chronique sera perçu selon les parents comme victime de la sorcellerie. Selon l'OMS, les diarrhées sont les principales causes de décès chez les enfants de moins de deux ans dans les pays en développement. Les maladies sont nettement liées à de mauvaises méthodes de sevrage ; et le sevrage prématuré est souvent lié au fait que l'intervalle entre les grossesses est trop court. Il en résulte une malnutrition de l'enfant qui est surtout aiguë entre l'âge d'un ou deux ans. Aussi, en matière de soins, les parents préfèrent encore faire de l'automédication, consulter les divinités que de recourir à un médecin. Toutes les femmes ont reconnu qu'elles donnent deux à trois repas par jour à leurs enfants. Mais ces repas sont très pauvres en éléments nutritifs. Ils sont composés pour la plupart du temps, de la pâte de maïs, avec des sauces tomates pimentées et de petits poissons.

La planification familiale fait partie de la campagne internationale pour la survie de l'enfant parce que la vie des millions de nourrissons et d'enfants en bas âge pourrait être sauvée dans les pays en voie de développement si les naissances étaient espacées d'au moins deux ans. Les femmes devraient être aussi sensibilisées à accorder de l'importance, aux programmes de vaccination, d'allaitement continu au sein et la nutrition afin d'assurer la survie des enfants. Le planning familial sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les

naissances. Selon l'OMS, entre 13 et 15 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissaient à intervalle d'au moins 2 ans, 3 à 4 millions de ces morts seraient évités.

- **Opinion sur l'espacement des naissances**

Les avis étaient partagés sur la planification familiale. Si certaines enquêtées ont reconnu en elle une mesure salvatrice, notamment pour les couples, d'autres ont été d'avis contraire. Pour ces dernières les méthodes modernes de planification familiale seraient préjudiciables à la santé, c'est-à-dire à la base de beaucoup de maladies. Pour beaucoup d'autres, une femme est faite pour procréer et aussi longtemps qu'elle vit, elle doit avoir autant de maternités que possible. Il a été déjà souligné que ces genres de raisonnement étaient dus à l'insuffisance d'information sur le planning familial, à la situation d'analphabétisme des femmes, aux préjugés et aux fausses rumeurs sur les contraceptifs. Pour d'autres, l'adoption des méthodes de planning familial devrait être une décision de chaque couple.

Conclusion partielle

La problématique sur l'adoption de la planification familiale en milieu maxi de Savalou a des racines socioculturelles comme l'analphabétisme, le statut social etc. qui expliquent son échec. Dans l'ensemble, la non utilisation des méthodes

de planning familial moderne maintient d'avantage le monde rural dans le sous-développement. La mortalité infantile, la santé maternelle, la scolarisation des enfants sont des indicateurs clés de développement d'un pays. Au-delà de son aspect médical, la planification familiale est avant tout un fait social. Elle interpelle tout le monde. C'est un problème de société auquel tout le monde devrait attacher une importance particulière. Ses conséquences sont entre autres la présence des enfants abandonnés dans la rue ou même livrés au trafic, parce que les familles n'arrivent pas à leur assurer une meilleure éducation.

CONCLUSION GENERALE

En milieu maxi de Savalou, les ménages sont favorables à une maternité précoce, à la polygamie et donc à la famille nombreuse. Autrefois, un nombre important d'épouses et d'enfants représentait une main-d'œuvre et un prestige pour le chef de famille. Plus on avait une grande famille, mieux on pouvait se vanter d'avoir des champs à perte de vue. Les besoins de l'homme se limitaient nécessairement à l'alimentation. Changer de vêtement était du luxe. En cas de maladie on pouvait se contenter de l'infusion de quelques feuilles ou racines médicinales.

L'abstinence sexuelle était un moyen qui permettait de sauver la vie des enfants. Et pourtant le taux de mortalité infantile était très élevé. La femme devrait faire autant d'enfants pendant toute sa période de fécondité jusqu'à la ménopause pour être sûre de conserver quelques-uns en vie. Le manque d'hygiène, la malnutrition, les maladies parasitaires, les grossesses nombreuses et surtout la négligence à se rendre dans un centre sanitaire en cas de maladie contribuaient toujours à augmenter le taux de mortalité infantile et même maternelle.

La scolarisation, le transfert des besoins et des moyens disposés grâce à la civilisation occidentale et l'urbanisation, aujourd'hui, font qu'une famille nombreuse ne représente plus une main-d'œuvre pour le chef de famille mais

plutôt des charges supplémentaires. Les nourrir convenablement, les vêtir leur fournir du matériel scolaire pour leur instruction devient un énorme investissement. Aussi, les moyens sont de nos jours fournis aux couples pour contrôler leur fécondité et avoir le nombre d'enfants dont ils peuvent prendre soin aux fins à défaut d'enrayer, réduire la pauvreté. Aussi il est à noter que le statut social de la femme rurale n'a pas fondamentalement changé. Selon le rapport de l'Unicef-Bénin (1998), « la femme rurale est considérée et demeure une perpétuelle mineure. Dans le langage courant, dans les adages et les proverbes, dans l'ensemble du discours sur la femme, l'idéologie dominante véhicule une image de mineure perpétuelle, statut confiné dans les pratiques sociales et gestes quotidiens dans le droit coutumier et même, jusqu'à un certain point, dans le droit positif ».

Les occupations de la femme rurale sont diverses : cuisine, entretien ou ménage, corvée d'eau et de bois, travaux agricoles, transformations des produits, petit commerce, et l'éducation des enfants. La femme participe peu aux prises de décisions qui ont un impact sur la survie de ses enfants. Elle accepte et vit cette situation parce que dès son jeune âge, elle intériorise cette idéologie et ces pratiques sociales qu'elle justifie et s'y soumet au niveau économique, éducatif, discriminatoire et même les renforce parfois par son comportement. Le sexe joue un rôle capital dans la prise de décision de la pratique d'une méthode de la

planification familiale. A Savalou et même du Bénin, on tient beaucoup aux enfants de sexe masculin. C'est une conception mieux une réalité sociale générale. La conséquence est que scolariser les garçons par rapport aux filles est toujours ancré et privilégié dans les mentalités de certains parents. Aussi, faut-il noter l'analphabétisme qui caractérise les communautés qui ont des informations limitées ou erronées sur les nouvelles méthodes contraceptives. A ces facteurs s'ajoutent l'autorité abusive des hommes sur les femmes, la méconnaissance des droits de la femme par elle-même constitue un frein aux revendications de cette dernière. Le couple droit coutumier et religieux imposent à la femme, la soumission, l'obéissance, des restrictions notamment des tabous et interdits, des pratiques discriminatoires tels les cérémonies de veuvage, les mariages précoces et forcés, le non-respect et parfois le déni des droits humains et des libertés fondamentales de la femme.

La complexité du phénomène demande sans doute plus de compétence pour l'aborder. C'est pourquoi, il est de la responsabilité des gouvernants, des associations, des ONG, mais aussi de la population concernée d'enrayer une dynamique du pire, en faisant de telle sorte que les naissances soient planifiées afin de préserver la santé de la mère, de l'enfant et par ricochet de la nation tout entière. Ainsi, la société doit évoluer dans le sens de corriger ce qui, dans la loi et les pratiques sociales cristalliserait l'infériorité de la femme et sa fonction de

reproduction, son enfermement dans la sphère privée et le non accès à l'exercice du pouvoir. Dans cette perspective, les époux devraient être impliqués dans l'identification et la mise en œuvre des stratégies de formation de la planification familiale. Paradoxalement, il est noté une marginalisation de ces époux dans les politiques locales de sensibilisation et de promotion de la planification familiale. Il s'en suit donc un déficit de synergie des différents acteurs autour des enjeux des pratiques contraceptives modernes.

La planification familiale participe et améliore la santé de la mère et de l'enfant puis contribue à la survie et au développement harmonieux des enfants d'une famille. La santé de l'enfant est directement liée à celle de la mère pendant la période prénatale et y est indirectement liée pendant la période post-natale et les premières années de la vie de l'enfant. En Afrique en général et au Bénin en particulier, la planification familiale est acceptée comme moyen d'espacement des naissances. Cet espacement permet à la mère de se reposer suffisamment entre les différentes grossesses, de reprendre ses forces, de prendre en charge son état de santé, car les grossesses rapprochées fatiguent, épuisent et affaiblie la mère. La planification familiale est un outil qui permet à la femme de s'épanouir si possible en dehors de son foyer tout en menant une vie conjugale et sexuelle normale, mieux éviter ou diminuer les avortements clandestins et leurs risques dominés par la stérilité secondaire et la mort. Les grossesses et accouchements

rapprochés constituent l'un des principaux soucis de certains couples qui n'arrivent pas à contrôler leurs naissances. La peur de la survenue d'une nouvelle grossesse rend la mère anxieuse et peut provoquer chez elle des troubles psychiques (psychose puerpérale). Le moral de la mère est perturbé et l'enfant en fait les frais.

Contribuer au développement d'un pays est un objectif primordial pour la planification familiale, dans la mesure où elle s'occupe de la plus grande richesse de toutes les nations, c'est-à-dire la population, en contribuant à promouvoir son mieux être. Il ressort alors que, lorsque la mère accouche d'un enfant désiré, surtout dans une famille où le père et la mère se sont attendus et ont préparé sa venue, cet enfant est entouré de soins et d'affection. La mère est épanouie, l'enfant se développe et vit heureux au sein de la famille. Somme toute, la planification familiale, protège la santé de la mère et de l'enfant en réduisant la mortalité et la morbidité maternelle et foetaux-infantile et donne une valeur positive à la naissance. Cette thèse ne constitue donc qu'un bilan à mi-chemin et voudrait permettre le discernement devant l'enthousiasme naïf. Il est souhaité que d'autres études se fassent pour offrir des analyses critiques qui éveillent et offrent le recul nécessaire pour ne pas sombrer dans une consommation béate. Pour que le projet de développement soit humain et durable, il faudrait d'abord éduquer les hommes à traiter les femmes avant tout

comme des personnes, comme leurs collaboratrices, leurs assistantes et non leurs subordonnées, leurs propriétés. Et quand on prend en charge l'éducation d'une fille, elle peut faire autant que le garçon et même mieux ! Ainsi, ils cesseront de martyriser leurs épouses qui leur donnent des filles. Les filles quand elles sont instruites, voient leur choix s'élargir dans le mariage, la maternité, le travail et la vie en général. L'éducation participe à rendre les femmes capables d'avoir des familles peu nombreuses, de mieux s'occuper des enfants et de leur transmettre des connaissances qui améliorent leurs conditions de vie. Une fille par l'école retarde la venue de la première grossesse et ainsi réduit sa période féconde. Grâce à son instruction et l'éducation, elle change le mauvais comportement ancré dans la culture qu'elle a intériorisé pendant des années. Devenue adulte par son comportement, elle entretient bien son environnement en matière d'hygiène, d'approvisionnement en eau potable, de consommation alimentaire, des méthodes culinaires, de prise en charge des grossesses et surtout des grossesses à risque, et aussi dans les comportements sexuels c'est-à-dire l'utilisation effective des méthodes contraceptives.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABEGA S.C, 1999, *Principe de coupure et langage de la sexualité*, Paris, Bastidiana n° 17-18, pp. 125-141.
- ABPF, Mai 2000, *Connaître et vulgariser les avantages de la Planification Familiale : c'est contribuer au développement de son pays PBEP*, 22 P
- AGNES G. (1998), *Contraception et avortement : deux modes de régulation de la fécondité à Abidjan*, CEPED.
- AHADÉ Y., 1989, *"Persuadeur du village" stratégie alternative d'IEC pour l'adoption de la planification familiale dans le milieu rural africain CEFA*, Nairobi.
- AMADOU SANNI (M.), 1995, « *Les opinions et comportements respectifs des conjoints en matière de fécondité et de planification familiale au Sud Bénin* », Rapport de recherche documentaire, Cotonou, 37p.
- AMIN S., 1971, *L'Afrique de l'Ouest bloquée*, Paris, Ed. Minit.
- APOVO C. J-M, 2003, *Place de la famille dans l'éducation des enfants*, in *La famille et les défis de développement au Bénin*, UNFPA, pp. 61-67p.

- ATTANASSO, O et al, 2007, *Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001*, Les Collections du CEPED, 2007, 68p
- BALLEY J.M, 1991, *Connaissance, attitude et pratique de la contraception par la population béninoise*, séminaire organisé par la direction du projet Bien- être Familial, Ben/88/P04, Porto-Novo, 20p.
- BALIONG J. B., 1979, *Histoire des sociétés africaines ; Eléments de recherches et d'enquêtes pour l'histoire d'une société de type lignager : les Nawdéba du Togo*,Mémoire de D.E.A, Sorbonne, Paris I.
- BECKER H., 1985, *Outsiders*, Paris, Ed. Métailié, 125p
- BECKER G. 1960, *An Economic Analysis of Fertility, in Demographic and Economic Change in Developed Countries, Princeton: National Bureau of Economic Research*, 1960, pp. 209-231.
- BELLONCLE G.1979, *Quel développement rural pour l'Afrique Noire*, Paris, NEA, Abidjan CI,
- BENIN, MSP. 1998, *Politique, Normes, Normes et Standards en Santé Familiale*, 70p.
- BENIN, *Famille et Développement, Sexualité et contraception*, N° 47 / 48, février

- BHATIA D., 1965, *Inde : Une tâche gigantesque* » in programme de régulation des naissances dans le monde, The population Council, pp. 64-76.
- BODIN J., 1576, *Les Six Livres de la République*, Paris
- CHARBIT Y. 1870, *Du malthusianisme au populationnisme : les économistes français et la population 1840-1870*, INED.
- CHASTELAND J.C, VERON J., BARBIERI M., 1991, *Politique de développement et croyance démographique rapide en Afrique*, congrès et colloques, N° 12, Paris 2-6 septembre, 314p.
- CLELAND J-A et al., 2011, *Mitochondrial Dynamics and Neurodegeneration*, Bücher, Springer Link, 260p.
- CONGO.Z., 2005, *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle*, CEPED.
- CORNEYIN R., *Les Bassari du Nord – Togo*, Paris, Berger Levrault, 1962.
- DALY (A.), 1985, « Tunisie : La libération de la femme et l'amélioration de la société », in Programme de régulation des naissances dans le monde, The Population Council, pp.97- 107.

- DEBORAH M., et al : *Espacement des naissances et la survie des enfants* Centre pour la population et la santé familiale, Ecole de la santé publique
- DE BROUWERE V. RICHARD F., 2001, *Santé Publique*, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold Antwerpen, pp 62-63.
- DHS, Enquête démographique de santé, 1988, 2002, 2006
- DIAKITE G., 1984, *Le développement à la carte*, Dakar, NEA,
- Paris.
- DOUCOURE 2004, *Méthodes économétrique : cours et travaux pratiques*, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- DUGAST S., *Bassar au Nord Togo de l'agglomération précoloniale au centre urbain actuel*. Mémoire DEA ethnologie, Paris X, 1984
- DUMONT R., 1979, *Paysans écrasés, Terres massacrées*, Paris, Robert Laffont.
- DUMONT R., 1972, *Paysannerie aux abois*, Paris, Seuil,
- DUMONT R., 1986, *Pour l'Afrique j'accuse*, Paris, Collection Terre Humaine plon.
- DURKHEIM E., 1990, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 5è Edition, Paris,

- DURKHEIM E., 1983, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Quadrige/PUF,
- DUVERGER M., 1961, *Méthode des sciences sociales*, Paris PUF.
- EASTERLIN R., 1975, *An economic framework for fertility analysis, studies in family planning*, vol.6, No.3, pp545-63.
- ELA J. M., 1982, *L'Afrique des villages*, Paris Karthala,
- EVINA A., 2005, *Les facteurs de la contraception au Cameroun*, CEPED.
- FACULTE DE MEDECIN, 1985, Université de Columbia, New-York
- FADERVAWD, P. 1984, *Manuel de recherche opérationnelle en matière de planification familiale*, Population Council, USA
- FAMILLE ET DEVELOPPEMENT, octobre 1976, *Tradition et modernité*, N°48.
- FASSASSI R., 2006, *Les facteurs de la contraception en Côte d'Ivoire au tournant du siècle*, CEPED.
- FERRY B., 2007, *L'Afrique face à ses défis démographique : un avenir incertain*, Paris, Karthala, CEPED, AFD,
- FHI, 1990, *Family Health International*, N° 3F
- FNUAP, 2010, *L'Etat de la population mondiale*.

- FOURN E., 2011, *Rôle et importance des femmes dans le développement socio-économique du Bénin : pesanteurs culturelles et sociologiques*, rapport d'étude,
- FRANCK A. G., 1966, *Le développement du sous-développement*, Paris, PUF.
- FRAGNIERE J-P, 2009, *Comment réussir un mémoire*, 4^{ème} Edition, DUNOD, 64p
- FROELICH J. C., 1960, *Nouveau dieux d'Afrique*, Ed. Primes.
- GAUTIER A. 2002, *Du malthusianisme au féminisme*, Lien social et Politiques, N°47, P.67-81.
- GAUTHIER B., 1984, *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Presses Universitaires de Québec.
- GBIKPI –BENISAN D.F., 1984, *Traditions orales Bassar, Recueillies par la promotion*, 3^e année, Histoire.
- GBIKPI–BENISSAN D.F., 1976, *La chefferie dans la Nation Contemporaine. Essais de sociologie politique sur la chefferie en pays Bassari, Akposso et Mina*, Thèse de Doctorat sociologie 3^e cycle, Paris
- GHIGLIONE, R., et MATHALON, B., 1978, *Les Enquêtes sociologiques – Théories et Pratiques*, Armand Colin, Paris.
- GRAWITZ, M., 1986, *Méthodes des Sciences sociales*, Paris, Dalloz.

- GRAWITZ M., 2000, *Méthodes des sciences sociales*, 8^e Edition, DUNOD, pp. 265- 577
- GROWN, C, G., et al., 2003, *Background Paper of the Task Force on Education and Gender Equality, Promises to keep: Achieving Gender Equality and the Empowerment of Women*. Millennium background paper. New York. United Nations: 5 and 11.
- GUBRY P. 1998, *D'un natalisme nuancé vers une antinatalisme modéré, politiques Africaines en matière de fécondité de nouvelles tendances*, dossier de CEPED N°2, Paris.
- GUENGANT J-P, 2011, *Comment bénéficier du dividende démographique ?*, Synthèse des études réalisées dans les pays de l'UEMOA, AFD, 83p.
- GUILMOTO C. 1996, *Micro-économie de la fécondité : Quelques réflexions à partir du cas indien*, Document de recherches n°3, ORSTOM/ETS, Paris
- HI BRAHIM T., 2002, *Femme et Santé*, Québec, pp152 -156
- HUNTER G., 1971, *La modernisation des sociales rurale, Etudes comparées Afrique – Asie*, Paris, Internationales collections Tendances actuelles.

- INSAE, 2000, *La population au Bénin : Evolution, Impact sur le développement*, Cotonou, 55p
- INSAE, 2007, *Enquête démographique et de santé*, EDSB- III- 2006, pp. 40- 95

- ISSA Z. 2008, *Les facteurs associés ou non à l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun*, CDI IFORD.
- IPPF, *Les femmes l'éducation et la planification familiale*, Virginia BLAKEY, Cardiff University CPCW.
- IPPF ET LES JEUNES, *Examen des programmes et orientations futures*, Londres.
- JAFFRE, Y, 2012, *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique*, Ed Faustroll Claunay, 249p
- JEMAI, H., 1994, *Pour une approche matérialiste des problèmes de population et de développement en Afrique*, in : *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Paris, ORSTM
- JODELET D., 1991, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 37p
- KARL, M., 1995, *Women and Empowerment: Participation and Decision-making*, Londres, Zed Books Ltd.

- KEBE A. A, 2007, *Les chefs religieux favorables à la planification familiale ont besoin d'être soutenu*, Interview accordée dans le journal le SOLEIL, Sénégal, [www. google.fr](http://www.google.fr)
- KECK F., 2002, *Les théories de la magie dans les traditions anthropologiques anglaises et françaises*, [hpp://methodos.Revue.org/90](http://methodos.Revue.org/90).
- KENYA, octobre 1978, *La contribution de la planification familiale à l'amélioration de santé des femmes et des enfants*, Recommandation de la conférence Internationale de Nairobi, Londres.
- KEPES S., *La sexualité féminine*, in Famille et Développement N° 12, PP.41 à 49.
- KIM I.I, 1956, *Corée du Sud : des dirigeants éclairés et des parents éclairés*, in programme de régulation des naissances dans le monde, The population Council, pp.25-33.
- KOTLER P. 2003, *Marketing management*, 11^{ème} édition, Pearson Education.
- LASBEUR L. 2007, *Modes de contrôle de la fécondité en Afrique de l'Ouest : Une analyse comparative Sénégal, Mali, Burkina Faso et Ghana*, bulletin d'information sur la population de Madagascar N°30.
- LAUWE de C., 1971, *Pour une sociologie des aspirations*, Paris Denöel.

- LENGLENGUE O., 2012, *Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune rurale de Niaogho au Burkia Faso*, mémoire de maîtrise
- LOCOH T., 1988, *La fécondité en Afrique Noire un progrès rapide des connaissances mais un avenir encore difficile à discerner*, Paris, PUF, les Dossiers du CEPED N°3
- LOCOH, T., 1984, *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo médiéval contemporain* Paris, PUF
- Le droit humain à la planification familiale, Londres.
- La santé des femmes et la planification familiale, Londres.
- MAINE, D. et NAMARA, R., 1985, *Espacement des naissances et la survie des enfants*, Faculté de Médecine – Université de Colombia New York.
- MALTHUS T. 1798, *Essai sur le principe de la population*, collection Les classiques des sciences sociales.
- MANTEMBA J. 2007, *Besoins non satisfaits en planification familiale au sein du couple en république démocratique du Congo*, Université de Kinshasa.

- MAWEFAYA, T., 1990, *L'expérience Togolaise de planning familial et les obstacles en milieu rural : cas du canton de Baga Ténéga*, UB-FLESH,
- MAWEFAYA, T. 1992, *L'expérience togolaise de planning familial et les obstacles en milieu rural*, Mémoire de maîtrise ès-Lettres, sociologie, Université de Lomé.
- MAWEFAYA T., 1988, *Expérience togolaise de la planification familiale et ses obstacles en milieu rural : cas des cantons de baga et Ténéga dans Doufelgou*, Maîtrise en sociologie, UB
- MOLNOS A., *Enquête sur la fécondité, Nairobi Kenya*, Institut d'Etudes Africaines.
- MOUSSA H., 2002, *Micro- analyse des interactions autour des consultations de planification familiale dans les centres des soins de Niamey*, Mémoire de l'EHESS de Marseille, pp. 57- 105
- OCDE, 2000, *Développement et Communication : un monde meilleur pour tous*, BM-FMI
- ONDAYE G., 1973, *Mise en garde d'un médecin, Séminaire interafricain, Education sexuelle en Afrique Tropicale*, Bamako – Mali CRDI.

- OLIVIER de SARDAN J-P., 2003, *L'enquête socio- anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations*, Etude et travaux N° 13, pp30-45
- OLIVIER de SARDAN J-P, MOUMOUNI A. et SOULEY A., 2000, *L'accouchement c'est la guerre. Accoucher en milieu rural nigérien*, in *Afrique contemporaine*, pp. 136- 154
- OMS, 1989, *Les méthodes naturelles de planification familiale*, Genève, 89p.
- OUATARA F., 1999, *Savoir- vivre et honte chez les Senoufo nanerge Burkina- Faso*, Thèse de doctorat nouveau régime, EHESS – Marseille, pp. 217- 218
- PSI 2009, *La recherche en marketing social de population services international, présentation*, Séminaire de formation à Douala.
- 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.
- PSI-BURKINA FASO 2007, *Planification Familiale Enquête TRaC pour évaluer l'utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes*, Research & Metrics, PSI.

- PSI-BURUNDI 2005, *Planification Familiale Enquête TRaC sur l'utilisation des Méthodes Contraceptives Parmi les Femmes en âge de Procréer*, Research & Metrics, PSI.
- PSI-HAÏTI 2007, *Planification Familiale Enquête TRaC Examinant l'Utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes parmi les Femmes en âge de Procréer de 15-49 ans*, Research & Metrics, PSI.
- PSI-MADAGASCAR 2006, *Family planning TRaC study evaluating the use of modern contraceptive methods among women of reproductive age*, Research & Metrics, PSI.
- PSI-PAKISTAN 2007, *Family planning TRaC Study evaluating contraceptive use among married men and women in rural and urban Pakistan*, Research & Metrics, PSI.
- PETIT-PONT M., 1968, *Structures traditionnelles et développement*, Paris, Eyrolles.
- POPULATION RAPPORTS, Série E N°7 juillet 1985 ; Série J N°27 avril 1985 ; Série L N°7, septembre 1988, Série M N°7 octobre 1984
- POPULATION REFERENCE BUREAU, 2008, *Fiche de données sur la population*, www.prb.org.

- PRADERVAND, P., 1984, *Introduction aux problèmes du planning familial, et limitation des naissances dans le Tiers-Monde*, Edition du Centre de planification familiale de Québec (Canada)
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDI, L., 1988, *Manuel de recherche en sciences sociale*, Bordas, Paris
- RABAT, 1971, *L'islam et la planification*, Rapport des travaux, 75p.
- RAKOTOMALALA R., 2010, *Courbe ROC, Régression logistique*, Equipe de recherche en ingénierie des connaissances, Laboratoire ERIC.
- RAKOTOMALALA R., 2010, *Comparaison de populations, Tests paramétriques*, Université Lumière Lyon 2.
- ROCHER G., 1968, *Introduction à la sociologie générale*, Tome I L'organisation sociale, Tome II : L'action sociale, Tome III : Changement social, H.M.H.
- ROCKEFELLER III J.D, 1995, *Pour enrichir la vie*, in programme de régulation des naissances dans e monde, The population Council, pp. 03-11
- ROGER V. S., 1990, *Naissances et leurs effets sur SHYAM Thapa : la survie des enfants*, MALCOM POHS : FHI N° 1F
- RONSIN F., 1980, *La Grève des ventres-Propagande néomalthusienne et baisse de la natalité en France 19e-20e siècles*, Paris, Aubier.

- ROUDI F. et ASHFORD L., 1996, *Les hommes et le planning familial en Afrique*, PRB juillet, 24 P
- RWENGE M. 1994, *Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin*, IFORD, les cahiers de l'IFORD N° 7.
- RWENGE, M, *Statut de la femme, planification familiale et fécondité à mbalmayo et bafoussam, cameroun*, IFORD, Yaoundé.
- SALEY H., 1993, *Attitude des femmes de Dosso (Niger) face à a planification : étude réalisée sur 86 usagers des centres de planification faliliale*, Mémoire, UNB/ENAS, 53p.
- SAVANE M-A., juillet 1975, *Famille et Développement*, N°3, CRDI, Dakar- Sénégal.
- SELLITZ C., 1977, *Les méthodes de recherches en sciences sociales*, Montréal, HXR,
- TALNAN E. et VIMARD P. 2005, *Développement local, pauvreté et pratique contraceptive en Côte d'Ivoire, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement*, Document de recherche N°9 ;
- TETEKPOE D., 1988, *Environnement socioculturel et planification familiale en Afrique*, Colloque sur IEC en planification Familiale en Afrique, Dakar.

- TETEKPOE D., oct.- nov. 1988, *Pourquoi la planification familiale en Afrique*, Dakar.
- TETEKPOE D., 1984, *Les obstacles socio – culturels en Afrique au sud du Sahara aux soins de santé en matière de reproduction*, Conférence Freetown.
- TREMBLAY M-A., 1968, *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*, Montréal, Mc Graw-Hill, Editeurs,
- UNICEF, 1998, *Femme et enfants du Bénin*.
- UNICEF, 2000, *Progrès des Nations*.
- UNICEF, 2000, *La situation des enfants dans le monde*.
- UNICEF, 1990, *Les enfants d'abord*, déclaration et plan d'action du sommet mondial pour les enfants, New York, 80p.
- USAID, 2009, *Atteindre les OMD : la contribution de la planification familiale, cas du Cameroun*, Global Health.
- USAID, 1985, *Planification familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique*, USA, pp.108- 200.
- USAID, 1985, *Planification familiale, Méthodes et Pratiques pour l'Afrique*, Division de la Santé reproductive USA.
- UNIVERSITE DE SHERBROOKE 2010, *Perspectives monde : outil pédagogique des grandes tendances mondiales*, Canada.

- UNITED NATIONS 2004, *The World at Six Billion*, Population Division.
- VIGNIKIN K, FASSASSI R. et VIMARD P., 2001, *Protocole d'analyse de la pratique contraceptive à partir des données des enquêtes démographiques et de santé*, GRIPPS.
- VERGER P. et BASTIDE R., 2002, *Dimensões de uma Amizade.org* Angela Lühning. Rio de Janeiro, Bertrand Brazil.
- WILLIAMS L.L, 1967, *Régulation naissances : premières mesures au Jamaïque*, in programme de régulation des naissances dans le monde, The population Council, pp. 116-126.
- WOLLAST, E. et VEKE MANS M., 1995, *Pratique et Gestion du planning familial, Département d'organisation et évaluation*, Ecole de santé publique, Ed de l'Université libre de Bruxelles
- ZIEGLER J., 1969, *Sociologie de la nouvelle Afrique*, Paris, Gallilard.

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

- ALTER N., 2000, *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF,
<http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/alter.html>, consulté ce
14/07/2014 à 08h11, 28 p.
- AMOSSE T., et CHARDON O., 2006, *Les travailleurs non qualifiés : une
nouvelle classe sociale ?* Economie et statistiques,
<http://formation.apses.org/images/PDF/>, consulté ce 9/03/2014 à 02H03, pp.
203-229.
- BELLOT C., ET LONCLE P., 2013, *L'accompagnement des jeunes en
difficulté*, Revue, Lien social et Politiques, Numéro 70, pp.3-
[9http://id.erudit.org/iderudit/1021152ar](http://id.erudit.org/iderudit/1021152ar) consulté ce 5/03/2014 à 20H31.
- BOSIO M., 2012, *Les services sociaux dans le marché interne : à la
frontière entre compétitivité et solidarité*, Revue française des affaires
sociales, n°1, <http://www.cairn.info/resume.php>, consulté ce 9/03/2014 à
02H35, pp. 130-149.
- COLLIN D., 2010, *De la "crise des valeurs" à la recherche d'une morale
pour notre époque*, [http://denis-collin.viabloga.com/news/de-la-crise-des-
valeurs-a-la-recherche-d-une-morale-pour-notre-epoque](http://denis-collin.viabloga.com/news/de-la-crise-des-valeurs-a-la-recherche-d-une-morale-pour-notre-epoque) consulté ce
[30/02/2015 à 15H03](http://denis-collin.viabloga.com/news/de-la-crise-des-valeurs-a-la-recherche-d-une-morale-pour-notre-epoque).

- DUBECHOT P., LECOMTE C., 2000, *Des ressources aux compétences : propositions pour une méthode d'analyse des attitudes et comportements des jeunes des banlieues et d'ailleurs*, Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CRèDOC), Paris, cahier de recherche n° 153, <http://www.credoc.fr> consulté ce le 18/01/2014 à 04H25, 103 p.
- MARTIN C., 2010, *Les politiques de la famille*, in Olivier Borraz et Virginie Guiraudon, *Politiques publiques 2* Presses de Sciences Po « Académique », <http://www.cairn.info/politiques-publiques-2---page-29.htm> consulté ce 20/01/2014 à 16H46, pp. 29-55.
- WEBER M., 1921, *Economie et société*, Traduction française Paris, Plon, 1971, XXII-650 pages, <http://www.google.fr/#q=1%l%C3%A9gitimit%C3%A9+rationnelle+weber> ce 31/08/2013 à 17H15.

ANNEXES

Questionnaires adressés aux acteurs sociaux et aux femmes

I-IDENTIFICATION DE L'ENQUETEE

1. Catégorie d'âge a) 15 - 20 ans

b) 21 - 40 ans

c) 41 - 50 ans

d) 51- 59 ans

2. Situation matrimoniale

a) Mariée

b) Veuve

c) Divorce

d) Célibataire

3. Type de ménage

a) Monogamique

b) Polygamique

4. Nombre d'enfants

a) 0

b) 1

c) 2

d) 3

e) 4

f) 5

5. Nombre d'enfants à charge

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4
- f) 5 et plus

6. Quel est votre niveau d'étude ?

- a) Analphabète
- b) 1^{er} degré
- c) 2^{ème} degré
- d) 3^{ème} degré
- e) Etudes supérieurs
- f) autres (préciser)

7. Votre religion

- a) Animisme
- b) Christianisme
- c) Islam
- d) autres (préciser)
- e) Aucune

8. Votre profession

- a) Cultivatrice

- b) Revendeuse
- c) Ménagère
- d) Salariée
- e) Artisane
- f) Autres (préciser)

II- CONNAISSANCE DES METHODES ET PRATIQUES DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES

9. Etes-vous informé sur les méthodes de l'espacement des naissances ?

- a) = Oui
- b) = Non

10. si Oui, quelles méthodes connaissez-vous ?

a) = le condom	
b) = le fémidom	
C) = les spermicides	
d) = la pilule	
e) = le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet	
f) = le noristérat	
G)= le norplant	
h) = la contraception chirurgicale pour homme et femme	
i) = Abstinence	
j) = Retrait	
k) = Utilisation des plantes	
L) = Utilisation de gris-gris	
M)=Gélule, comprimé	
N) = Injection	
o) = Autres	

11. D'où tenez-vous les informations sur l'espacement des naissances ?

- a) La radio
- b) La télévision
- c) March
- d) Amies
- e) Centre de santé
- f) Autres sources (préciser)

12. Utilisez-vous les méthodes d'espacement de naissance ?

- a) Oui
- b) Non (passez à la question 15)

13. Si oui, quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?

a) = le condom	
b) = le fémidom	
C) = les spermicides	
d) = la pilule	
e) = le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet	
f) = le noristérat	
G)= le norplant	
h) = la contraception chirurgicale pour homme et femme	
i) = Abstinence	
j) = Retrait	
k) = Utilisation des plantes	
L) = Utilisation de gris-gris	
M)=Gélule, comprimé	
N) = Injection	
o) = Autres	

14. Si non, à quoi cela est dû

- a) Mauvais pour la santé
-

- b) Allaitement
- c) Trop cher
- d) Manque d'information
- e) Opposition à la P. F.
- f) Religion
- g) Refus du mari
- h) Désire d'en enfant
- i) Absence de centre de santé dans le milieu
- j) Autre (préciser)

15. Que signifie P. F. pour vous ?

- a) Limitation des naissances
- b) Espacement des naissances
- c) Ne sais pas

III-IMPACT SUR LE PLAN SOCIO-ECONOMIQUE

16. Combien d'enfants avez-vous scolarisés ?

17. Quel est leur degré d'instruction ?

- a) Nombre d'enfants au primaire 1 2 3
- b) Nombre d'enfants au seconde 1 2 3
- c) Nombre d'enfants au Lycée 1 2 3
- d) Nombre d'enfants à l'Université 1 2 3

18. Combien d'enfants avez-vous en apprentissage ?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3 et plus

19. Combien rapportent vos activités économiques mensuelles ?

- a) Moins de 5.000F CFA
- b) Entre 5.000 F CFA et 10.000 F CFA
- c) Plus de 10.000 F CFA

20. Votre revenu vous permet-il de subvenir aux besoins de votre ménage ?

- a) Oui
- b) Non

21. Si non, que faites-vous ?

- a) Achat à crédit
- b) Métayage
- c) Autres

22. Etes vous épargnants ?

- a) Toujours
- b) Souvent
- c) Quelques fois

VI – IMPACT SUR LE PLAN SANITAIRE

23. Combien d'enfants vivants avez-vous ? (pour celles qui ont eu des enfants décédés)

24. Nombre et âge des enfants décédés

Nombre	Age (mois)
1	
2	
3	

25. Quelles sont les causes des décès de vos enfants ?

- a) Maladie
- b) Grossesse trop rapprochée

- c) Sorcellerie
- d) Autres (préciser)
26. Combien de temps s'est écoulé entre vos deux derniers accouchements ?
27. Combien de repas prennent des enfants par jour ?
- a) Un repas
- b) Deux repas
- c) Trois repas
28. De quoi est composée leur alimentation ?
29. Vos enfants tombent-ils malades ?
- a) Souvent
- b) Quelque c) Rarement
30. Où reçoivent-ils les soins ?
- a) Centre de santé
- b) Radiothérapeutes
- c) Automédication
31. Avez-vous eu des avortements provoqués ?
- a) Jamais
- b) Une fois
- c) Deux fois
- d) Plus de deux fois
32. Avez-vous eu des avortements spontanés ?
- a) Jamais
- b) Une fois
- c) Deux fois
- d) Plus de deux fois
33. Quelles sont les causes de ces avortements spontanés ?

- a) Grossesse trop rapprochée
- b) Grossesse précoce
- c) Maladie
- d) Sorcellerie
- e) Autres (préciser)
- f) Ne sais pas

34. le fait d'avoir des grossesses rapprochées, agit-il sur l'état de santé de la femme?

- a) Oui
- b) Non

35. Etes-vous satisfait de vos conditions de vie actuelles ?

- a) Oui
- b) Non

36. Si vous aviez eu des naissances espacées et planifiées, vos conditions de vie ne seraient-elles pas améliorées ?

- a) Oui
- b) Non

37. L'acceptation de la P. F. peut-elle aider au développement de la société ?

- a) Oui
- b) Non

38. Si oui, comment ?

39. Avez-vous ressenti des effets secondaires quand vous avez utilisé les méthodes modernes de planning familial ?

- a) Oui
- b) Non

40. Si Oui, quels effets ?

41. Souhaiteriez-vous avoir des enfants à l'avenir ?

a) Oui

b) Non

42. Si oui, combien ?

V- OPINION

43. Que pensez-vous de la P. F. ?

44. Vos conseils à l'endroit des autres ?

Guide d'entretien adressé aux chefs coutumiers ou religieux

- 1- Profil sociologique des interlocuteurs : statut social, sexe situation matrimoniale, religion
- 2- Point de vue sur les méthodes contraceptives
- 3- Motivation pour la contraception
Méthodes contraceptives modernes
- 4- Attitudes sociales vis-à-vis des méthodes contraceptives
- 5- Les contraintes culturelles et religieuses
- 6- Leur implication sur la fécondité
- 7- Les méthodes endogènes de contraception
- 8- Les perceptions liées à ceux pratiquant la contraception
- 9- Les pratiques religieuses
- 10- Les rituels ou prières
- 11- Discussions au sein des couples autour des questions de contraception
- 12- Inventaires des méthodes contraceptives
- 13- Méthodes contraceptives utilisées et raisons
Classifications des méthodes contraceptives (modernes, traditionnelles, autres)
- 14- Avantages et inconvénients des méthodes contraceptives modernes et traditionnelles (contraintes, pudeurs, rumeurs)
- 15- Normes et croyances de fécondité en matière de fécondité (mentalité et coutumes conditionnant l'adoption des attitudes de rejet ou d'adoption de la planification familiale)
- 16- Besoin d'enfants ou non

Guide d'entretien adressé aux époux et aux femmes mères

- 1- Profil sociologique des interlocuteurs : statut social, sexe situation matrimoniale, religion
- 2- Point de vue sur les méthodes contraceptives
- 3- Motivation pour la contraception
- 4- Méthodes contraceptives modernes
- 5- Attitudes sociales vis-à-vis des méthodes contraceptives
- 6- Profil de ceux qui font usage des méthodes contraceptives
- 7- Comportements avec les agents de santé (sages-femmes, gynécologues, infirmiers)
- 8- Méthodes contraceptives utilisées et raisons
- 9- Classifications des méthodes contraceptives (modernes, traditionnelles, autres)
- 10- Inventaires des méthodes contraceptives
- 11- Discussions au sein des couples autour des questions de contraception
- 12- Avantages et inconvénients des méthodes contraceptives modernes et traditionnelles (contraintes, pudeurs, rumeurs)
- 13- Normes et croyances de fécondité en matière de fécondité (mentalité et coutumes conditionnant l'adoption des attitudes de rejet ou d'adoption de la planification familiale)
- 14- Besoin d'enfants ou non

Guide d'entretien à l'endroit des politiques publiques de santé, les sages-femmes, les pairs éducateurs

- 1- Profil sociologique des interlocuteurs : statut social, sexe situation matrimoniale, religion
- 2- Point de vue sur les méthodes contraceptives
- 3- Intérêt de la planification
- 4- Participation des femmes aux séances de sensibilisation
- 5- Rapport entre les agents de santé et les clients
- 6- Attitudes vis-à-vis des méthodes contraceptives
- 7- Disponibilité des méthodes contraceptives
- 8- Avantages et inconvénients des méthodes contraceptives modernes et traditionnelles (contraintes, pudeur, rumeurs)

Grille d'observation

1- Quoi observer ?

Les ménages à gros effectifs, les comportements des agents de santé et les clients

2- Où observer ?

Centre de santé, les ménages, les chefs traditionnels et religieux

3- Comment observer ?

Nombre d'enfants par ménages et par sexe

Taille entre deux naissances

4- Pourquoi observer ?

Raisons d'une forte descendance

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ACRONYMES	6
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES GRAPHIQUES	9
LISTE DES TABLEAUX	10
RESUME	11
INTRODUCTION GENERALE.....	13
PREMIERE PARTIE.....	21
CHAPITRE I: MAXI DE SAVALOU A L'EPREUVE DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.....	22
I.1. Problématique	22
I.1.1. Hypothèses de travail.....	30
I.1.2. Objectifs de la recherche	31
I.1.2.1. Objectif général.....	31
I.1.2.2. Objectifs spécifiques.....	31
I.2. Opérationnalisation des concepts.....	32
I.2.1. La santé reproductive : un concept global.....	34

I.2.2. Planification familiale.....	38
I.3. Raisons du choix du sujet.....	42
I.3.1. Raisons subjectives.....	42
I.3.2. Raisons objectives.....	45
I.4. Trajectoires théoriques de la pratique des méthodes contraceptives modernes	47
I.4.1. La logique malthusienne	48
I.4.2. Apport des néomalthusiens	49
I.4.3. Le séisme des féministes	50
I.4.4. Le point de vue des microéconomistes de la famille.....	51
I.4.5. Les idées d'Easterlin	52
I.5. Revue critique de la littérature	53
I.5.1. Des faits de population au développement.....	54
I.5.2. La question de la planification familiale !.....	57
I.5.3. Santé de reproduction et développement socioéconomique	59
I.5.4. Des analyses explicatives de la planification familiale	70
Conclusion partielle.....	71

CHAPITRE II : APPROCHES EXPLICATIVES DE LA CONTRACEPTION ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	72
II.1. Approches explicatives globales de la planification familiale	72
II.1.1. Approches socioéconomiques	73
II.1.1.1. Niveau d'instruction.....	73
II.1.1.2. En fonction des activités et des secteurs d'activité	74
II.1.1.3. Selon les conditions de vie de la femme	75
II.1.2. Approches socioculturelles	76
II.1.2.1. Milieu de résidence	76
II.1.2.2. Ethnie	77
II.1.2.3. Religion.....	78
II.1.3. Approches sociodémographiques.....	78
II.1.3.1. L'âge.....	79
II.1.3.2. Nombre d'enfants vivants et/ou souhaités.....	79
II.1.3.3. Pratique de l'avortement et la perception du risque relatif.....	80
II.1.4. Approches selon les facteurs d'opportunité, de capacité et de motivation (OCM).....	81
II.1.4.1. Les facteurs d'opportunité.....	81

II.1.4.1.1. La disponibilité	81
II.1.4.1.2. La qualité de service.....	82
II.1.4.1.3. L'attrait de la marque des contraceptifs	83
II.1.4.1.4. Les normes sociales.....	83
II.1.4.2. Facteurs de capacité.....	84
II.1.4.2.1. Le soutien social.....	84
II.1.4.2.2. L'efficacité communicationnelle et personnelle	84
II.1.4.2.3. Les connaissances.....	85
II.1.4.2.4. Discussion entre conjoints	86
II.1.4.3. Facteurs de motivation	87
II.1.4.3.1. Les normes subjectives	87
II.1.4.3.2. Les croyances	87
II.1.4.3.3. Le point de contrôle de la santé reproductive.....	88
II.1.4.3.4. La perception de la sévérité	88
II.1.4.3.5. L'attitude de la femme.....	89
II.1.4.3.6. L'attitude du conjoint face à la planification familiale.....	89
II.1.4.3.7. La volonté de payer les coûts	90

II.2.9. Enquête de terrain.....	111
II.2.9.1. Enquête pilote	111
II.2.9.2. Enquête proprement dite	112
II.2.10. Techniques de dépouillement, de traitement et d'analyse des données.....	113
II.2.11. Aspects éthiques, contraintes et limites de la recherche	115
II.2.11.1. Aspects éthiques	115
II.2.11.2. Contraintes du travail	116
II.2.11.3. Limites de la recherche	118
Conclusion partielle.....	119
CHAPITRE III : CHAMP D'INVESTIGATION ET HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	120
III.1. Champ d'investigation de la recherche.....	120
III.1.1. Organisation sociale.....	121
III.1.2. Pratiques culturelles et vie religieuse.....	122
III.1.2.1. Dangbé: serpent-divinité.....	123
III.1.2.2. Lègba.....	124
III.1.2.3. Le Fa	125

II.1.2.4. Etron kpévoudou.....	125
III.1.3. Organisation politique.....	129
III.1.3.1. Activités économiques.....	129
III.1.3.2. Relations de genre et données anthropologiques	137
III.1.3.3. Les Infrastructures.....	140
III.2. Historique de la planification familiale dans le monde	141
III.2.1. Planification familiale en Afrique de l’ouest	144
III.2.1.1. Du droit à l’adoption de la planification familiale.....	147
III.2.1.2. Effets d’un ralentissement de la croissance démographique...	149
III.2.3. Influence des religions sur l’adoption des méthodes contraceptives modernes	150
III.3. Planification familiale : un outil d’autonomisation de la femme “maxi” ?	155
III.3.1. La planification familiale dans le processus de développement du Bénin	157
III.3.2. Avantages de la planification familiale	159
Conclusion partielle.....	161
DEUXIEME PARTIE.....	162

CHAPITRE IV : DE LA PERCEPTION AU VECU DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LE MAXI DE SAVALOU.....	164
IV.1. Connaissances, pratiques contraceptives, et comportements natalistes des ménages en milieu maxi de Savalou.....	164
IV.1.1. Connaissances de la contraception chez les “maxi” de Savalou... 164	
IV.1.2. Résistance des “maxi” de Savalou aux méthodes endogènes et modernes de contraception	173
IV.1.3. Attitudes des maxi face aux méthodes modernes de contraception	181
IV.2. Implication des couples de Savalou sur l’adoption des méthodes contraceptives.....	183
IV.2.1. Cas des contraceptifs modernes.....	183
IV.2.2. Cas des contraceptifs traditionnels	185
IV.3. Valeur sociale de la procréation chez le maxi de Savalou	185
IV.3.1. Enfanter, une exigence sociale utilitaire en milieu maxi !.....	187
IV.3.1.1. Fécondité et rapport sociaux de sexe.....	188
IV.3.1.2. La course aux enfants de sexe masculin.....	190

IV.3.2. Utilisation des méthodes contraceptives modernes comme barrière à la réalisation de l'œuvre de Dieu.....	192
IV.3.2.1. Attitudes des maxi de Savalou des méthodes modernes de contraception.....	194
IV.3.2.2. L'adoption des méthodes modernes perçue comme une honte.....	195
IV.3.2.3. L'adoption des méthodes modernes perçue comme une infidélité.....	197
Conclusion partielle.....	199
CHAPITRE V : DETERMINANTS DE LA NON PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	200
V.1. Les raisons de la faible utilisation des méthodes contraceptives chez les "maxi" de Savalou.....	200
V.1.1. Obstacles à l'utilisation des méthodes de contraceptions modernes à Savalou.....	203
V.1.1.1. Obstacles liés aux facteurs psychosociologiques.....	207
V.1.1.2. Obstacles liés aux facteurs socioculturels.....	210
V.1.1.3. Obstacles liés aux systèmes sanitaires modernes.....	212
V.1.1.4. Obstacles liés aux facteurs économiques.....	213

IV.2. Mythes socioculturels et religieux autour de la planification familiale	214
IV.3. Stratégies proposées pour assurer la santé familiale	221
Conclusion partielle.....	224
CHAPITRE VI: ACTEURS ET PROBLEMATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	225
VI.1. Analyse de l'influence des acteurs	225
VI.1.1. Entre personnel de santé et couples utilisatrices.....	226
VI.1.2. Qualité du personnel sanitaire et discours.....	229
VI.1.2.1. Rôle de l'agent de santé.....	230
VI.1.2.2. Niveau d'instruction et droit de la femme.....	232
VI.1.3. Rôle des relais communautaires.....	233
VI.1.4. Rôle des acteurs politiques.....	234
VI.1.5. Rôle des partenaires techniques et financiers.....	235
VI.2. Problématique de la planification familiale	235
VI.2.1. Quand la femme est vulnérable !.....	236
VI.2.2. Responsabilité des hommes dans l'adoption de la planification familiale.....	241
VI.3. Impacts de la planification familiale	244

VI.3.1. Au plan sanitaire	246
VI.3.2. Au plan socioéconomique	248
Conclusion partielle.....	253
CONCLUSION GENERALE	255
Références Bibliographiques.....	260
ANNEXES.....	280