



**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)**
-----@@@-----
ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE
-----@@@-----



Formation : Sociologie-Anthropologie Spécialité : Sociologie du Développement

THÈSE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

Sujet

**L'OFFRE CONTRACEPTIVE BIOMEDICALISEE A
L'EPREUVE DES USAGES SOCIAUX DE LA
GESTION DE LA FECONDITE EN MILIEU AÏZO**



Réalisée par :
Madame SONON Philippine

Directeur de Thèse :
M. Nassirou BAKO ARIFARI
Maître de Conférences des
Universités du CAMES

Membres du jury

Président : M. Adolphe C. KPATCHAVI, Socio-Anthropologue, Professeur titulaire, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Rapporteur : M. Nassirou BAKO ARIFARI, Socio-Anthropologue, Maître de Conférences, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Examineurs :

M. Atiyihwè AWESSO, Anthropologue, Professeur titulaire, Université de Lomé

M. Z. Arnaud Kévin DAYORO, Socio-Anthropologue, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)

M. Abou-Bakari IMOROU, Socio-Anthropologue, Maître de Conférences, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Date de soutenance : 21/12/2019

SOMMAIRE

IN MEMORIAM.....	3
DEDICACE.....	4
REMERCIEMENTS	5
LISTE DES SIGLES	8
LISTE DES TABLEAUX	12
LISTE DES GRAPHIQUES	14
LISTE DES SCHEMAS.....	15
LISTE DES PHOTOS	15
LISTE DES ENCADRES.....	15
LISTE DES CARTES	15
RÉSUMÉ.....	16
ABSTRACT	17
INTRODUCTION.....	18
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES	23
Chapitre 1 : Cadre théorique et problématique de la recherche	24
Conclusion partielle.....	57
Chapitre 2 : Approche méthodologique de la recherche	58
Conclusion partielle.....	92
DEUXIEME PARTIE : LOGIQUES SOCIALES AUTOUR DE LA PLANIFICATION DES NAISSANCES	93
Chapitre 3 : planification des naissances en milieu aïzo : Zè une société en transition	94
Conclusion partielle.....	122
Chapitre 4 : Perceptions empiriques liés à la gestion de la fécondité et à la planification des naissances.....	124
Conclusion partielle.....	153
TROISIEME PARTIE : PRATIQUES SOCIALES DE LA PLANIFICATION DES NAISSANCES	155
Chapitre 5 : Des difficultés de mise en œuvre d’une intervention de santé publique	156
Conclusion partielle.....	191
Chapitre 6 : Pratiques sociales de planification des naissances : une analyse situationnelle à Zè.....	192
Conclusion partielle.....	230
CONCLUSION GENERALE	231
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	236
Annexes	258
TABLES DES MATIERES	279

IN MEMORIAM

A mon feu père Cosme SONON

A mon feu oncle Auspice SONON

Aux feux professeurs Claude ASSABA et Christian AGOSSOU.

DEDICACE

A ma mère, Joséphine SONON née ALOUE,

Ce travail est l'expression de mes premiers pas dans l'univers de la communauté scientifique pour laquelle vous vous êtes sacrifiée. Découvrez la marque des fruits de votre engagement à construire en moi, les valeurs et normes d'une vie saine au profit de la communauté scientifique

&

A Mr K. Urbain Da-Silva.

A travers ce travail, je veux exprimer mon engagement dans le savoir et le savoir-être

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué à la production de ce travail. Ils vont particulièrement à l'endroit :

- du Professeur Nassirou BAKO ARIFARI, mon Directeur de thèse, pour sa disponibilité et sa profonde contribution, indispensables à la réalisation de ce travail, recevez ici toute ma gratitude ;
- du Professeur Abou-Bakari IMOROU, pour les longues et interminables discussions enrichissantes autour de la construction de l'objet de recherche et de la construction d'une base méthodologique, recevez à travers le présent travail, les fruits de votre détermination et de votre engagement à guider mes pas dans l'univers scientifique ;
- du Professeur Albert NOUHOUAYI. Je mettrai du temps à trouver les mots justes pour vous exprimer ma reconnaissance pour votre profonde contribution à ma formation en tant que jeune chercheur ;
- du Professeur Mouléro Dodji AMOUZOUVI. Les échanges que j'ai eu avec vous en 2013 et 2014 ont contribué énormément à la réalisation de ce travail ;
- du Professeur C. Adolphe KPATCHAVI, pour ses nombreuses contributions lors des différents points de thèse ;
- du Professeur Atiyihwè AWESSO, pour ses contributions édifiantes lors des instructions ;
- du Professeur Z. Arnaud Kévin DAYORO, pour ses précieuses contributions lors des instructions ;
- du Dr David Godonou HOUINSA. C'est le lieu de témoigner de ma reconnaissance pour la profonde attention et tout l'accompagnement dont j'ai bénéficié de votre part ;
- des enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire/UAC et du Département de Sociologie-Anthropologie de la FASHS à travers ce travail, je

renouvelle mon engagement à grandir chaque jour un peu plus dans l'univers scientifique ;

- de l'Etat béninois, pour avoir financé mes études doctorales ;
- du Dr Jacques Evrard Charles AGUIA-DAHO, pour les longs moments d'échanges très édifiants, malgré la lassitude et les obstacles du parcours ;
- du Dr D. Ilyass SINA pour son accompagnement scientifique renouvelé ;
- du Dr Georges DAHOUNDO, avec qui j'ai effectué des échanges fructueux, sur l'orientation méthodologique du sujet ;
- de Monsieur William COMLAN, pour sa précieuse contribution ;
- des chercheurs du Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), Dr Azizou CHABI IMOROU Aziz MOSSI, Elieth EYEBIYI, pour leurs précieuses contributions ;
- des collègues du Laboratoire AMEN, notamment Dr Mathias AFFOMAI, pour l'accompagnement scientifique ;
- des chercheurs du LARRED, Messieurs Karl NASSI, Achille SODEGLA et Mme Carène GANYE pour l'accompagnement scientifique ;
- des membres du Programme Initiatives pour l'Excellence. Avec vous, j'ai appris à tisser des liens du scientifique au social ;
- des collègues de la promotion DEA, en particulier à l'endroit des Dr Bruno MONTCHO, Florent Tasso, Nicolas AKOTCHAYE et Mescario D'almeida pour leur soutien moral face aux obstacles rencontrés lors de la recherche ;
- de Monsieur Aristide ADOMOU, de son assistant Hospice Dassou, pour l'accompagnement scientifique ;
- de ma sœur, Yollande SONON et son époux, pour tous les sacrifices consentis ;
- de mes frères, Alban SONON et Boris SONON. A travers ce travail, je réitère mes engagements dans le savoir et le savoir-être ;

-
- de Gustave SONON et son épouse pour les précieux conseils ;
 - de mon oncle Nestor ASSANHOU et son épouse, pour le soutien moral ;
 - de Chimène WOLO, pour m’ avoir assisté lors de la collecte des données ;
 - de Narcisse HOUNSA, pour le soutien moral et spirituel ;
 - de Laurès AYIKPON, son époux et son frère, pour le soutien spirituel ;
 - de Junior Augusto ZOMAHOUN, pour le soutien technique ;
 - de la famille ADANDEDJAN, pour l’hospitalité pendant toute la période de collecte de données ;
 - de ASSOUMA Kassim, pour ses contributions scientifiques ;
 - de Elavagnon Dorothée DOGNON. Dans ce processus scientifique, ton amour et ton affection me donnent la force de me relever à chaque trébuchement ;
 - de la famille DOGNON, en particulier Monsieur Michel DOGNON, Mesdames Monyemi DOGNON, Véronique DOGNON et Christine DOGNON, pour le soutien moral et spirituel nécessaires ;
 - de Monsieur Guillaume MOUMOUNI et son épouse, pour les précieux conseils dans l’articulation vie de couple, évolution scientifique ;
 - du chargé de programme régional de la santé de la reproduction dans la zone CEDEAO, Monsieur Clétus ADOHINZIN, pour l’énorme contribution à la production de ce travail ;
 - du personnel de la Direction de la Santé de la Mère et de l’Enfant (DSME), de l’ABPF, du l’ABMS-PSI, de FNUAP, notamment des Docteurs Félix SONON et Gaston AHOUNOU pour la disponibilité lors de la collecte des données ;
 - des autorités communales et locales de Zè pour avoir été attentifs à mes nombreuses préoccupations ; de la communauté de Zè, pour le chaleureux accueil lors de la collecte des données, pour le récit de leurs expériences, leur vécu, leur intimité parfois dévoilée et partagée.

LISTE DES SIGLES

AA	: Ancienne Acceptante
ABMS/PSI	: Association Béninoise de Marketing Social/Population Services International
ABPF/IPPF	: Association Béninoise pour la promotion de la Famille/International planned parenthood federation
APAD	: Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement
AMEN	: Appui au Management et des Etudes Novatrices
CAEB	: Conseils des Activités Educatives du Bénin
CAP	: Certificat d'Aptitude Professionnelle
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEPED	: Centre Population et Développement
CI	: Contraception Injectable
CO	: Contraception Orale
CPS	: Centre de Promotion Sociale
CRDI	: Centre de Recherches pour le Développement International
CSCOM	: Centre de Santé Communal
CU	: Contraception d'Urgence
DDC	: Direction de Développement et de la Coopération
DEA	: Diplôme d'Etudes Approfondies
DEPOLIPO	: Déclaration de Politique de la Population
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DPMG	: Direction de la Promotion de la Femme et du Genre
Dr	: Docteur
DSF	: Direction de la Santé Familiale
DSME	: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant

EDS	: Enquête Démographique de Santé
EDSB	: Enquête Démographique de Santé du Bénin
EDSB-IV	: Enquête Démographique de Santé du Bénin-IV
EPA	: Eglise du peuple Acquis
EHESS	: École des Hautes Etudes en Sciences Sociales
FLASH	: Faculté des lettres, Arts et Sciences Humaines
FMI	: Fonds Monétaire International
FNUAP	: Fond des Nations-Unies pour la Population
INED	: Institut National d'Études Démographiques
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IRD	: Institut de Recherche pour le Développement en Coopération
IRSS	: Institut de Recherche en Sciences de la Santé
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
LARRED	: Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religions, Espaces et Développement
LASDEL	: Laboratoire d'études et recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local
LGDJ	: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence
MAMA	: Méthode d'Allaitement Maternel à Aménorrhée
MCRI	: Ministère Chargé des Relations avec les Institutions
MDEAP	: Ministère du Développement, de l'Analyse Économique et de la Prospective

MFSN	: Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale
MPDEAP	: Ministère de la Prospective du Développement et de l'Évaluation de l'Action Publique
NA	: Nouvelle Acceptante
OOAS	: Organisation Ouest-Africaine de la Santé
ODD	: Objectifs du Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ORSTOM	: Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération
OSC	: Organisation de la Société Civile
OSD	: Orientations Stratégiques de Développement
PA/PNPF	: Plan d'Action/Politique Nationale de Promotion de la Femme
PDC	: Plan de Développement Communal
PF	: Planification Familiale
PIE	: Programme Initiatives pour l'Excellence
PISRF	: Programme Intégré de Santé de Reproduction Familiale
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement

Pro-Fam	: Promotion de la famille
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PUF	: Presses Universitaires de France
PUL	: Presses Universitaires de Lyon
RB	: République du Bénin
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SCRP	: Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SDAC	: Schéma Directeur d'Aménagement Communal
SIDA	: Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
TPC	: Taux de Prévalence Contraceptive
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URD	: Unité de Recherche Démographique
USAID	: United States Agency for International Development/Agence Américaine pour le Développement International
VIH	: Virus de l'Immuno Déficience Humain

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Aperçu de l'évolution chronologique des conférences conduisant à l'avènement des droits reproductifs.....	28
Tableau II : Instruments institutionnels nationaux relatifs à la promotion de la PF et de la santé de la reproduction.....	32
Tableau III : Les départements du Bénin ayant un indice de fécondité élevé.....	59
Tableau IV : Indice synthétique de fécondité par département.....	61
Tableau V : Taux d'accroissement naturel par commune dans le département de l'Atlantique.....	62
Tableau VI : Effectifs de la population par commune dans l'Atlantique issus des RGPH 3 et 4.....	63
Tableau VII : Statistiques sur le nombre de femmes utilisatrices des méthodes contraceptives/par zone sanitaire du département de l'Atlantique de 2015-2018.....	67
Tableau VIII : Taux de prévalence contraceptive par commune dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè de 2015 à 2018.....	68
Tableau IX : méthodes biomédicalisées sollicitées au cours des six derniers mois de l'année 2019.....	69
Tableau X : Evolution des naissances vivantes par commune dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè.....	70
Tableau XI : Evolution des décès maternels et néonataux par commune dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè.....	70
Tableau XII : Critères de choix des interlocuteurs.....	80
Tableau XIII : Répartition spatiale de la population de Zè entre 2013 et 2015.....	83
Tableau XIV : Arrondissements ciblés et les principaux critères de choix.....	84
Tableau XV : Synthèse des expressions se rapportant à la sexualité.....	90
Tableau XVI : L'évolution des données démographiques à Zè de 2012 à 2015.....	114

Tableau XVII : Evolution de la structure des ménages suivant deux tranches d'âge différentes	116
Tableau XVIII : Evolution de la taille des ménages.....	117
Tableau XIX : Evolution de la taille des ménages	117
Tableau XX : Evolution de l'intervalle intergénérisique.....	119
Tableau XXI : Evolution de l'intervalle intergénérisique.....	120
Tableau XXII : Age au premier geste.....	122
Tableau XXIII : évolution de l'appui de l'Etat béninois aux activités de la PF.....	158
Tableau XXIV : évolution des appuis des PTFs aux ONG intervenant dans la PF ...	158
Tableau XXV : point des produits contraceptifs disponibles à ABMS-PSI.....	160
Tableau XXVI : point des intrants contraceptifs disponibles à l'ABPF	161
Tableau XXVII : méthodes biomédicalisées sollicitées au cours de l'année 2018	163
Tableau XXVIII : méthodes biomédicalisées sollicitées au cours des six derniers mois	164
Tableau XXIX : éléments des effets dissuasifs recensés autour des contraceptifs au plan régional	166
Tableau XXX : Thèmes et postulats de recherche	168
Tableau XXXI : éléments des effets dissuasifs en rapport avec les contraceptifs biomédicalisés à Zè	169
Tableau XXXII : pratiques sollicitées en fonction du sexe	212
Tableau XXXIII : Méthodes sollicitées en fonction du niveau d'instruction	213
Tableau XXXIV : Méthodes sollicitées en fonction de la nature de ménage	214
Tableau XXXV : proportions des pratiques sollicitées simultanément.....	216

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne par département selon les EDSB de 2006 et 2011	60
Graphique 2 : Importance de la population agricole par rapport à la population de Zè	106
Graphique 3 : Répartition de la population de Zè, par âge.....	121
Graphique 4 : Echanges autour des questions liées à la sexualité au sein du couple .	125
Graphique 5 : Echanges autour des questions liées à la sexualité au sein du couple .	126
Graphique 6 : Point de vue de la communauté vis-à-vis de la planification des naissances	131
Graphique 7 : Raisons justificatives de la nécessité de la planification des naissances	133
Graphique 8 : Position de la religion judéo-chrétienne vis-à-vis de la planification des naissances	135
Graphique 9 : Position de la religion judéo-chrétienne face à l’usage des méthodes contraceptives médicalisées.....	136
Graphique 10 : Durée d’existence des pratiques contraceptives non biomédicalisées	145
Graphique 11 : Proportions des savoirs sollicités.....	146
Graphique 12 : Les pratiques les plus sollicitées.....	147
Graphique 13 : Proximité sociale entre les divers acteurs lors du processus de diffusion des procédés locaux et/ou savoir-faire contraceptifs.....	149
Graphique 14 : Circuits de diffusion des procédés contraceptifs locaux	219
Graphique 15 : essai d’une typologie des principaux acteurs détenteurs des procédés locaux et/ou savoir-faire contraceptifs	222

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : cadre conceptuel	44
Schéma 2 : cadre analytique	57
Schéma 3 : Logiques différenciées autour de l'offre contraceptive biomédicalisée ..	153

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Perles djenana lumineuses de petites tailles.....	195
Photo 2 : Perles <i>djenana</i> lumineuses de grosses tailles « clin d'œil »	195
Photo 3: Perles « haute tension ».....	196
Photo 4 : Perles « <i>pointi nini</i> »	196
Photo 5 : Feuille contraceptive : Antiaris Toxicaria (voudrèlè en aïzo).....	208
Photo 6 : Plante de : Portulaca oleracea (gassiman en aïzo)	269
Photo 7 : Plante de : Newbouldia laevis (desrégùè ou desrégùèman en aïzo)	270

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1: Ancienne utilisatrice de l'injection	170
Encadré 2 : Ancienne utilisatrice de la pilule	171
Encadré 3 : Ancienne utilisatrice de l'implant	172
Encadré 4 : femme en cours d'utilisation de l'implant.....	173
Encadré 5 : Un extrait de note d'observation lors d'une causerie	184

LISTE DES CARTES

Carte 1: situation géographique de la commune de Zè dans le Bénin et ses arrondissements	65
Carte 2 : visualisation géographique des zones concernées par la recherche.....	86

RÉSUMÉ

La présente recherche part des controverses observées autour du recours à l'offre contraceptive biomédicalisée en milieu aïzo à Zè. Elle part du constat selon lequel, face à cette offre, les acteurs développent des réponses sociales de gestion de la fécondité au cours de leur trajectoire génésique. L'objectif de la présente recherche est d'appréhender les logiques et pratiques qui structurent la gestion de la fécondité, souvent occultés par les interventions de santé publique et les différentes politiques publiques. La recherche est faite à partir des entretiens individuels et de groupes, de l'étude documentaire du registre sanitaire du centre de santé communal de Zè (qui renseigne sur la fréquence des ménages à solliciter l'offre contraceptive médicalisée) et des observations directes au sein du centre de santé et au sein des ménages. L'intérêt de la recherche se traduit par le fait que la plupart des travaux sur la gestion de la fécondité abordent souvent l'usage des méthodes contraceptives biomédicalisées, avec des indicateurs chiffrés sur les besoins couverts et non couverts en matière de produits contraceptifs biomédicalisés. La gestion sociale de la fécondité est souvent occultée dans de nombreuses recherches. Nous avons décidé alors d'investiguer là-dessus. L'utilité de la recherche se traduit par le fait qu'elle met en relief les facteurs qui affectent souvent la mise en œuvre des politiques de santé et interventions publiques. En effet, ces facteurs semblent souvent être occultés lors des interventions de santé publique. Dans le cadre de la présente recherche, les difficultés de mise en œuvre des politiques de santé publique en matière de la planification des naissances à Zè, s'expliquent par les réponses sociales que les acteurs développent, pour gérer leur fécondité au quotidien. Ceci se justifie aussi par une diversité de logiques et attitudes, parfois contradictoires, qui complexifient le champ médical en matière de recours à l'offre contraceptive biomédicalisée disponible à Zè.

Mots clés : planification des naissances, usages sociaux de gestion de la fécondité, Zè (sud-Bénin)

ABSTRACT

This research work questions on the controversies around the resort to the biomedical contraceptive offer in Zè. It starts from the statement according to which, facing this offer, the actors develop the management social responses of the fertility in the course of their origin trajectory. The objective of this research work is to understand the logics and social uses which structure the management of fertility, often examined by the different public policies. The research is conducted with individuals and groups interviews, from documentary study of the health register of the rural district health center of Zè (which informs on the frequency of the households to be requested with the medicalized contraceptive offer) and the direct observations within the health center and within the households. The interest of the research is expressed by the fact that most of the works on the management of the fertility often deal with the use of the biomedical contraceptive methods, with the indicators numbered on the covered and non covered needs in term of biomedical contraceptive products. The social management of the fertility is often examined in many researches.

I have therefore decided to carry out the research on it. The usefulness of the research is expressed by the fact that it emphasizes on the factors that often affect the implementation of health policies and public interventions. Indeed, these factors often seems to be examined during the public health interventions in term of the population control in Zè, are justified by the social responses that the actors develop, in order to manage their fertility daily. This is also justified by a diversity of logics and attitudes, sometimes contradictory, which complicate the medical field in terms of the resort to the biomedical offer in Zè.

Key words: population control, social uses of the fertility management, Zè (south Benin)

INTRODUCTION

La problématique de la population a été au cœur de nombreux débats politique, scientifique, économique et social au cours de l'histoire. Elle a généré beaucoup de théories allant du natalisme au malthusianisme. La taille de la population était pendant longtemps perçue comme un facteur de puissance, mais aussi comme un problème de développement. Ainsi, selon les époques des pays ont pu mener des politiques natalistes ou des politiques de contrôle des naissances. Pendant ces dernières décennies, la question démographique est au cœur des préoccupations des politiques de développement. Même si le débat autour du dividende démographique nuance dans une certaine mesure, les inquiétudes, il est une constante que l'accroissement exponentiel de la population mondiale qui est passé de 2,54 milliards d'habitants, en 1950 à 7,38 milliards en 2015, (en 1965, la population mondiale a progressé de 291,10% avec une moyenne de plus de 74.565.140 habitants par an, selon l'ONU), suscite beaucoup de préoccupations. D'où la recrudescence du débat sur les politiques nationales et les stratégies individuelles de limitation des naissances. Dès lors, les questions de santé de la reproduction, notamment celles relatives à la planification des naissances deviennent de plus en plus une préoccupation majeure des divers acteurs tant internationaux que nationaux, aussi bien publics que privés. Ceci se matérialise à travers les diverses déclarations, conventions et conférences internationales et régionales telles que la conférence du Caire qui a permis à ces divers acteurs d'afficher clairement leur position par rapport aux débats sur la population et la gestion de la fécondité.

C'est dans ce cadre, qu'est apparue à partir de 1975, la notion de santé sexuelle. La notion de la santé sexuelle apparaît comme « une notion capitale, car elle change radicalement l'approche de la question de la reproduction. En effet, elle dissocie la sexualité de la procréation, ce qui a pour effet d'élargir le champ des personnes concernées, de conférer à la femme le droit de disposer librement de son corps, mais

aussi d'introduire une idée de « responsabilité partagée » entre hommes et femmes » (Bonnet & Guillaume, 2004). Pour ceux-ci, elle va au-delà du « cadre médical strict » et prend en compte « la liberté et la responsabilité » des individus dans leurs attitudes/comportements vis-à-vis de la sexualité et de la reproduction.

Vu sous cet angle, la « gestion de la fécondité est un processus complexe de confrontation et/ou de négociation entre les conjoints ou même les membres de l'ensemble du lignage (les frères, les sœurs, beaux-parents). Ceux-ci le plus souvent, influencent ou même guident les options des individus en matière de procréation, de planification familiale [...] » (Moussa, 2004). C'est dire donc que, la décision d'un couple de planifier ses naissances au cours de son expérience génésique est influencée non seulement par ses propres logiques mais aussi par les logiques des acteurs de son environnement immédiat. Le couple se retrouve quelque fois, dans un processus de négociation de sa vie sexuelle et reproductive avec ses proches.

Il faut ajouter qu'en dehors des rencontres et conférences régionales et internationales, plusieurs interventions et stratégies (qui sont présentées dans le cadre théorique du travail), sont développées au plan national, pour amener les populations à planifier leur vie sexuelle et reproductive à l'aide des méthodes contraceptives biomédicalisées.

En dépit de toutes les actions menées au plan national, on constate le contraste entre les actions publiques et les stratégies individuelles des acteurs. Les populations développent souvent des réponses sociales pour gérer leur fécondité au quotidien, en dépit de la disponibilité de l'offre contraceptive biomédicalisée. Ce contexte fait appel à une diversité de croyances et de pratiques (celles issues des connaissances magico-religieuses plus ou moins « systématisées » et détenues par un groupe restreint d'acteurs, celles issues des connaissances populaires et des recettes familiales, qui se retrouvent dans les circuits populaires et les cadres familiaux etc.).

En effet, Kpatchavi (2011), en partant des résultats de ses recherches qui mettent en exergue les usages sociaux de la maladie et de la santé chez les groupes sociaux fon et waci, met en évidence « [...] le poids des usages sociaux sur les pratiques thérapeutiques dans l'ensemble des recours qui composent le paysage sanitaire et ses multiples dispositifs d'accès aux soins » (Kpatchavi, 2011 : 13). Pour le cas de la présente recherche, on est en présence de la disponibilité d'une l'offre contraceptive biomédicalisée dont le recours est confronté à l'influence des usages sociaux, en matière de gestion de la fécondité. A cet effet, la gestion sociale de la fécondité au cours des trajectoires génésiques des couples, s'inscrit dans des logiques et constructions sociales du corps et de la fécondité à Zè dans le sud-Bénin. Coulibaly, en abondant dans le même sens, montre que « loin d'accepter les normes officielles des programmes », les acteurs « les transforment à leur façon, les manipulent, les adaptent, les soumettent » (Coulibaly, 2017 : 1). Ils ne sont pas des acteurs aussi passifs se soumettant totalement aux normes des programmes et interventions de planification des naissances. Face à un contexte animé par une pluralité de normes (institutionnelles qui gouvernent les programmes et interventions de planification familiale et locales qui structurent leur vie quotidienne au sein du groupe social), les acteurs innovent, réinterprètent, inventent des « arts de faire » (De Certeau, 1990), pour gérer leur vie sexuelle et reproductive au quotidien. Dans ce processus de gestion de la fécondité, malgré l'offre contraceptive disponible, l'acteur social adopte plusieurs postures et se positionne comme un « homme pluriel » (Lahire, 1998), face à un contexte fait d'une pluralité de logiques : celles développées par les promoteurs des produits contraceptifs modernes et celles développées par les acteurs locaux, promoteurs des pratiques naturelles et/ou locales de planification des naissances. Yaffré (2015), dans ses travaux portant sur les programmes de « santé de la reproduction » en Afrique de l'Ouest, s'interroge pour sa part, sur « comment expliquer la disjonction entre des propositions sanitaires qui devraient avoir l'assentiment de tous et des pratiques d'acteurs donnant

l'impression de les ignorer, voire de les contrecarrer ? » (Jaffré, 2015 : 19). C'est dire que la plupart des programmes, politiques et interventions de planification des naissances, n'appréhendent pas souvent les logiques des acteurs des milieux d'intervention et les usages qui gouvernent la gestion de leurs trajectoires génésiques.

Le présent travail part du vécu des acteurs pour faire une description des pratiques qui alimentent essentiellement leurs trajectoires génésiques au sein des ménages en ce qui concerne la planification des naissances. Elle s'interroge sur les modalités qui motivent les réponses et pratiques sociales de gestion de la fécondité à Zè, afin d'appréhender l'ancrage social de ces pratiques. A cet effet, la prise en compte des usages sociaux de planification des naissances, lors de la formulation et de la mise en oeuvre des politiques de santé publique, notamment celles de la planification des naissances et de gestion de la fécondité, n'apparaît-elle pas incontournable aujourd'hui, avec tous les enjeux autour ?

N'est-il pas urgent désormais pour les décideurs et les agents de la chaîne du système sanitaire d'accorder une place de choix à l'intégration de ces modalités sociales de gestion de la fécondité dans les politiques publiques et interventions de santé publique pour une meilleure appropriation de celles-ci ?

Le présent travail s'est fixé comme objectif fondamental d'appréhender les usages¹ sociaux qui structurent la gestion de la fécondité, souvent occultés par les interventions de santé publique et les différentes politiques publiques. Il s'inscrit dans une perspective socio-anthropologique et les données sont essentiellement analysées à la lumière du constructivisme relatif et selon l'approche de De certeau (1990). De ce fait, la recherche permet de mettre en exergue les micros-stratégies et les subterfuges que les femmes développent au quotidien au cours de leurs trajectoires génésiques. La première partie de ce travail, présente le cadre théorique et méthodologique de la

¹ Ce concept a été déjà évoqué par le Professeur Adolphe Kpatchavi dans l'avant-propos de son ouvrage : Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest : Pour une anthropologie du paludisme chez les Fon et waci du Bénin, 2011.

recherche. La deuxième partie met en lumière le profil socio-démographique des ménages, les variables explicatives de la régulation des naissances à Zè d'une part, les perceptions des acteurs autour de la planification des naissances et autour de l'usage des méthodes contraceptives biomédicalisées, d'autre part. La troisième partie présente les attitudes des promoteurs autour de l'offre contraceptive biomédicalisée et un essai de typologie des pratiques sociales de planification des naissances et a aussi retracé l'ancrage social de ces pratiques.

PREMIERE PARTIE
CADRE THEORIQUE ET CONSIDERATIONS
METHODOLOGIQUES

Chapitre 1 : Cadre théorique et problématique de la recherche

Ce chapitre regroupe essentiellement, le cadre théorique et problématique, notamment un état des lieux sur la planification des naissances, le problème soulevé par la recherche, les hypothèses, les objectifs, un point sur les axes actuels de la discussion, le modèle théorique d'analyse etc.

1.1. Problématique

Cette section met en relief le problème au cœur de la présente recherche, les objectifs de recherche, les hypothèses, une clarification des concepts clés utilisés et quelques axes du débat actuel autour de la problématique, après avoir mis en relief un point sur les interventions en matière de planification des naissances.

Il faut souligner que la plupart des travaux portant sur la planification des naissances se sont intéressés soit aux raisons du faible recours aux méthodes contraceptives biomédicalisées, à la catégorisation des acteurs selon leur profil et leur choix en termes de méthodes contraceptives modernes sollicitées (Jobin, 2008), aux besoins non couverts et ceux couverts (DSME, 2012) ou même à l'analyse des facteurs qui ne participent pas à l'espacement et à la limitation des naissances en milieu maxi (Dandji, 2015). Les usages sociaux de gestion de la fécondité et de la planification des naissances, ont constitué un champ d'étude faiblement documenté. L'option est faite alors d'investiguer là-dessus.

1.1.1. Interventions et politiques en matière de la planification familiale

1.1.1.1. Bref aperçu historique sur l'avènement de la planification familiale et de la santé de la reproduction

L'avènement de la planification des naissances et de la santé de la reproduction a connu des étapes successives.

- **Nouveaux enjeux autour de la santé : De la santé maternelle, infantile à la planification familiale et à la santé de la reproduction**

Les notions de la planification familiale et de la santé de la reproduction sont apparues de façon chronologique dans les politiques de la santé publique. Ceci s'est opéré sous l'influence d'une série de conférences internationales et des mouvements de défense de droits de l'homme, particulièrement sous l'influence des mouvements féministes. Au départ, les politiques de la santé publique se limitaient au volet santé maternelle et infantile. Mais progressivement ces programmes se sont élargis vers la santé de la reproduction en général et ils mettaient de plus en plus l'accent sur le bien-être de la femme et de la fille. Ces programmes prenaient aussi en compte, désormais tout l'appareil génital ses fonctions et son fonctionnement avec une implication des hommes. Une ouverture a été faite aussi sur le traitement de la stérilité et des maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH-SIDA. On est donc passé des programmes sur la santé maternelle et infantile, aux programmes sur la planification familiale avec un focus sur la santé de la reproduction de façon globale et une émergence des droits reproductifs. En effet, le terme : Santé de la reproduction est apparu, à la fin des années 1980, sous l'influence des institutions internationales, mais aussi sous la pression des mouvements féministes.

Avec l'avènement de la santé de la reproduction, les programmes de santé publique ne mettent plus exclusivement l'accent sur les morbidités et mortalités maternelles et infantiles. Ils incluent désormais le bon fonctionnement de l'appareil génital au sein du couple, la planification familiale avec le traitement de la stérilité et la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles. Cette notion inclut aussi une nette distinction entre la santé reproductive et la santé sexuelle.

Cette distinction insiste sur « la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles et non seulement

à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles » (RB, 2003 : 7).

Il faut rappeler que dès les années 1960, l'OMS a mis en place une unité de recherche intitulée reproduction humaine, dont les programmes ont engagé une révolution évidente ayant pour effets, le passage du concept santé maternelle et infantile vers le concept santé de la reproduction au sein de la Division de la santé familiale. De plus, l'OMS décide d'étendre ses activités et ses recherches avec la mise en place d'une commission d'Experts ayant pour tâche d'effectuer des recherches sur de nouvelles méthodes de planification familiale. Dans cette perspective, (Bonnet et Guillaume, 2004), rappellent qu'en 1972 est créé à l'OMS, un programme de recherche de développement et de formation à la Recherche en Reproduction Humaine (HRP) qui acquiert le statut de programme spécial. Les programmes de planification familiale sont intégrés aux services de santé maternelle et infantile de l'OMS et des recherches sont engagées dans le but de cerner les obstacles liés à l'adoption de la planification familiale dans les pays du tiers monde.

Il faut souligner qu'au bout des différentes réflexions, il a été créé à Dakar en 1989, le Réseau Africain de Recherche en santé de la reproduction avec l'adhésion de douze pays à savoir le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Guinée, Madagascar, le Mali, le Niger, le Togo, le Sénégal et l'ex-Zaïre. Les chercheurs sont de divers domaines à savoir : les biologistes, les spécialistes de la santé publique, de la santé de la reproduction, des spécialistes des sciences sociales etc. Ils s'investissent dans des programmes relatifs à « la maternité sans risque ». Un point des activités menées, nous amène à dire qu'au Bénin les activités concernaient la stérilité et la sous-fécondité en Afrique subsaharienne ; celles de Ouagadougou en 1993, avaient mis le focus sur la planification familiale en Afrique francophone subsaharienne.

De plus, la notion de la santé de la reproduction introduit une nouvelle composante : celle de la santé sexuelle, en ce sens que les questions reproductives ne sont plus confondues aux questions sexuelles. La notion de santé de la reproduction recouvre désormais, non seulement, l'éternelle question de la santé de la mère et de l'enfant, celle de la gestion de la fécondité, mais aussi celle de la santé sexuelle. De la santé maternelle et infantile à la santé de la reproduction, on peut déduire que le champ couvert par cette notion introduit différents acteurs et une nette distinction des différentes phases de la vie : vie pré-conjugale, vie conjugale et post conjugale avec une notion de responsabilité sexuelle partagée, de droits sexuels et de droits reproductifs.

- **Nouveaux types de droits : les droits reproductifs**

La notion de la santé de la reproduction introduit non seulement la notion de santé sexuelle mais aussi celle des droits reproductifs. A travers leurs revendications, les féministes ont fait accepter l'idée que les droits individuels, politiques, économiques, sociaux et culturels étaient intimement liés et non négociables les uns avec les autres. Dans cette option, les problématiques relatives aux droits reproductifs vont au-delà des questions génériques de santé, car elles ne considèrent plus uniquement le droit à la santé pour tous, mais prennent en compte les droits de la femme à participer au processus de prise de décision concernant la gestion de la fécondité au sein du couple. Ces droits en matière de reproduction reposent sur :

« La reconnaissance du droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances [...] » (Nations Unies, 1995).

En effet, selon (Héritier, 1999), les féministes mettent l'accent sur la revendication d'une liberté en matière de projet parental, elles cherchent aussi, à travers le droit reproductif, à s'émanciper des contraintes de la maternité et de la domination

masculine. Les droits reproductifs ont pour principes fondamentaux de ramener les femmes au même niveau d'égalité que les hommes en ce qui concerne les décisions relatives à la gestion de leur vie sexuelle et reproductive. L'accaparement des femmes d'une parcelle de pouvoir en matière de gestion de la fécondité au sein du couple, constitue l'épine dorsale des mouvements féministes. Ceci passe par le recours par celles-ci à la contraception.

1.1.1.2. Aperçu des rencontres internationales et déclarations ayant conduit à la santé de la reproduction

Le travail présente dans cette section, les actions menées au plan international et national en ce qui concerne la promotion de la planification des naissances.

- **Au niveau international**

Le tableau I est un bilan des différentes conférences internationales et régionales, des déclarations, conventions qui ont conduit progressivement à l'avènement des droits reproductifs.

Tableau I : Aperçu de l'évolution chronologique des conférences conduisant à l'avènement des droits reproductifs

Conférences/conventions	Changements observés	Acteurs intervenants
La Charte des Nations-Unies, adoptée en 1945	L'existence de droits humains inaliénables	-
Déclaration de Téhéran, en 1968	Ebauche d'un droit à la planification familiale	-
Conférence mondiale de la population de Bucarest, Août 1974	l'accès aux moyens de contraception	Scientifiques/délégués gouvernementaux
Conférence internationale sur la population de Mexico, Août 1984	Existence de politiques de la planification familiale	Mouvements féministes Scientifiques/délégués gouvernementaux
Convention sur l'élimination de toutes les formes de	-Egalité de décision sur le nombre des enfants	-

Conférences/conventions	Changements observés	Acteurs intervenants
discriminations contre les femmes (CEDAW), en Décembre 1979	-Apparition de la notion de droits reproductifs	
Première conférence globale (Amsterdam)	La création du Global Network for Reproductive Rights	-
Conférence de Vienne en 1981	Droit à la planification Familiale	-
Conférence de Nairobi en 1985	Egalité d'intégrité corporelle et de contrôle de la fécondité	-
Conférence du Caire en septembre 1994 (sur la population et le développement)	La notion de droits reproductifs est au cœur des politiques de population	lobbying intensif de diverses organisations féministes
La Conférence de Pékin sur les femmes en 1995	Présence massive des femmes (comme expertes officielles, etc)	-
La Conférence de Copenhague sur l'élimination de la pauvreté en 1995	Présence massive des femmes (comme expertes)	-

Source : réaliser à partir des données de littérature, 2016, 2017, 2018, 2019

Des données issues du tableau I, on peut dire que l'émergence des droits reproductifs et de la planification des naissances, s'est faite à la suite d'une longue série de conférences, déclarations, conventions, mais surtout à la suite du lobbying intensif des organisations féministes. Au niveau international, il y a eu la déclaration de Téhéran. Cette déclaration constitue une ébauche des droits à la planification familiale. La conférence de Bucarest, met plutôt au cœur des débats, les possibilités d'accès aux moyens de contraception. La conférence de Mexico en 1984, met en lumière la position des acteurs au niveau international sur la nécessité d'améliorer la santé des femmes et les services de planification familiale avec une possibilité d'accès aux moyens de contraception. La convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations contre les femmes (CEDAW) : elle met le focus sur l'apparition de la

notion de droits reproductifs. Elle met aussi l'accent sur l'égalité dans les processus de prise de décision, en ce qui concerne la naissance et le nombre des enfants. La conférence de Vienne en 1981, insiste sur le droit à la planification familiale. La conférence de Nairobi tenue en 1985, a introduit la notion d'égalité, d'intégrité corporelle et de contrôle de la fécondité entre l'homme et la femme. Il y a eu aussi la conférence du Caire (sur la population et le développement) en 1994. Cette conférence décline le tournant décisif sur l'apparition de la notion des droits reproductifs. Elle place cette notion au cœur des politiques de population et de développement. Elle affirme que les hommes et les femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser les méthodes de planification des naissances de leur choix. La conférence de Beijing tenue en 1995, a énoncé plutôt le droit fondamental des femmes à être maîtresses de leur sexualité. Elle a réaffirmé aussi le principe de l'égalité homme/femme en matière de sexualité et de procréation avec respect mutuel, consentement, partage des responsabilités des comportements sexuels et de leurs conséquences.

En dehors de ces aspects, au niveau international et régional, on observe la mobilisation des divers acteurs et PTF qui investissent dans les politiques et interventions en faveur de la planification familiale à travers divers fonds et institutions internationales à savoir : le FNUAP, l'IPPF, les Pays-Bas et l'USAID et le fonds allemand (KFW) etc. On note aussi la mise en place du programme régional de la santé de la reproduction, au niveau CEDEAO, qui fait la promotion de la planification familiale à base des méthodes biomédicalisées etc.

- **Au plan régional**

Sur le plan régional, le Bénin a affiché sa position par rapport aux questions portant sur la planification familiale à l'instar de plusieurs pays en développement, en prenant part à une série de rencontres et d'échanges régionaux sur le repositionnement de la planification familiale, parmi lesquels la conférence de Ouagadougou et celle du Sénégal. En effet, il a participé du 08 au 10 février 2011 à la conférence de

Ouagadougou, sur : « Population, planification familiale et développement : l'urgence d'agir », ainsi qu'à la conférence de Sally Mbour au Sénégal en septembre 2011, sur : l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale (DSME, 2014-2018).

1.1.1.3. Politiques et interventions de planification familiale au plan national

Cette section présente d'une part, les statistiques en matière de mortalité maternelle et infantile et d'autre part, les actions menées.

- **Un point des statistiques en lien avec la mortalité maternelle et infantile**

selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2006 ; EDS, 2011-2012), le ratio de la mortalité maternelle est de trois-cent-quatre-vingt-dix-sept décès maternels pour cent mille (397/100.000) naissances vivantes au Bénin en 2006 et de trois-cent quatre-vingt-onze décès maternels pour cent mille (391/100.000), naissances vivantes (EDS, 2017-2018), actuellement. La mortalité néonatale passe de trente-un décès pour mille (31/1000) naissances vivantes (EDS, 2006), à 30‰ (EDS, 2017-2018). Le taux de mortalité infantile est de 42‰ en 2011 (MS, 2013). D'après l'EDS (2017-2018), le taux de mortalité infantile est passé de 89‰ en 2001 à 55‰ (EDS, 2017-2018). Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 160‰ en 2001 à 96‰. Parvenir à une réduction de la mortalité infantile et à une amélioration de la santé maternelle constitue un défi pour l'atteinte des OMD 4 et 5 ou pour l'atteinte de l'ODD 3 qui consiste à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être pour tous à tous âges, dans un contexte où le taux de natalité est de 41‰. De plus, la prévalence contraceptive moderne est passée de 7,2% en 2001 à 6,2% en 2006, puis à 7,9% en 2011 (EDS 2011-2012) et reste stable autour de 8% en 2016 (PNP, 2013-2025), pour passer à 12% (EDS, 2017-2018 : 21). D'où l'acuité de la question et l'actualité de la problématique de recherche. Pour améliorer davantage, la santé de la mère et de l'enfant, plusieurs réponses au plan national sont observées.

- **Politiques et stratégies en faveur de la planification des naissances au Bénin**

A ce niveau, il faut souligner que le Bénin dispose d'un répertoire de textes de lois, de documents de politiques, stratégies, programmes et plan d'actions en faveur de la promotion de la PF et de la santé de la reproduction. Le tableau II fait un point de ce cadre.

Tableau II : Instruments institutionnels nationaux relatifs à la promotion de la PF et de la santé de la reproduction

Quelques instruments relatifs à la promotion de la PF	Observations
1. Loi n°2003-04 du 03 mars 2003, relative à la santé sexuelle et à la Reproduction	-
2. Programme National de santé de la reproduction (PNSR 2011-2015)	-
3. Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale	-
4. Stratégie Nationale de communication sur la réduction de la Mortalité Maternelle au Bénin	-
5. Stratégie Nationale Multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris le VIH-SIDA au Bénin (2011-2015)	-
6. Politiques, Normes et standards des services de santé familiale	-
7. Stratégie Nationale de Repositionnement de la Planification Familiale au Bénin (2011-2015)	-
8. Politique Nationale de Population (2013-2025)	-

Source : point de la littérature, 2016, 2017, 2018, 2019

Ce tableau fait un point des instruments institutionnels dont dispose le Bénin en matière de promotion de la planification familiale et de la santé de la reproduction. En effet, on observe une reconnaissance des droits reproductifs au niveau national, à travers le vote de la loi n°2003-04 du 03 mars 2003, relatif à la santé sexuelle et à la reproduction.

En dehors de cette loi, le Bénin a élaboré de nombreuses politiques et stratégies en matière de la promotion de la planification des naissances et de l'amélioration de la

santé de la reproduction. On peut citer entre autres : la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, en son domaine prioritaire n°2 qui met l'accent sur les soins pré-conceptionnels (planification familiale, nutrition, éducation à la vie familiale et à la parenté responsable). Il y a aussi, la stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale au Bénin avec trois composantes sur la planification familiale parmi lesquelles : la contraception, la prévention et le traitement de l'infertilité et de la stérilité, la prévention et le traitement des pathologies sexuelles y compris les IST/VIH/SIDA pour l'horizon 2011-2015. De même, le Bénin a élaboré le Programme National de santé de la reproduction (PNSR, 2011-2015). Son objectif ultime est de porter le taux de prévalence contraceptive moderne à 15% en 2015. Il a élaboré également, la stratégie de réduction de la pauvreté (la SCRP), dont l'un des objectifs est de promouvoir la planification familiale en vue d'une sexualité responsable. Le Bénin a adopté également le 02 mai 1996, une Déclaration de Politique de Population (Dépolipo, 1996), qui s'est fixé pour objectifs de promouvoir une fécondité responsable en incluant les sous-objectifs suivants : réduire les maternités précoces et tardives, lutter contre les grossesses non désirées, promouvoir la planification familiale en vue d'une sexualité responsable, améliorer le taux de prévalence contraceptive en le portant de 6,2% en 2006 à 15%, en 2015. A la suite de cette déclaration, le Bénin a élaboré la Politique Nationale de Population, PNP (2013-2025), qui remplace la Dépolipo (1996), dont l'objectif général 1, est la maîtrise de la dynamique démographique. Cette politique s'est fixée comme objectifs spécifiques n°1 et n°2 de promouvoir une fécondité responsable et de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Selon la PNP, « le renforcement des actions de la santé de la reproduction, avec le focus sur l'utilisation des méthodes contraceptives aura pour effet de consolider le déclin de la fécondité amorcée et de réduire le nombre d'enfants nés vivants par femme de 5,5 à 4 à l'horizon 2025 » (PNP, 2013-2025 : 24-25). On observe également la création d'une

direction spécialisée, au Ministère de la Santé dénommé : la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), qui s'est fixée plusieurs objectifs parmi lesquels : réduire la mortalité maternelle de 397/100.000 naissances vivantes en 2006 à 125/100.000 naissances vivantes en 2015, réduire la mortalité des nouveaux nés de 31‰ en 2006 à 20‰ en 2015, réduire la mortalité infanto-juvénile de 125‰ en 2006 à 60 ‰ en 2015, porter de 6 à 15% le taux de prévalence contraceptive moderne, réduire de 17% à 10% les maternités précoces (DSME, 2014-2018).

- **Interventions et actions en faveur de la planification des naissances**

Un point de la littérature sur les interventions et financements effectués au plan national, dans le domaine de la promotion des produits contraceptifs modernes rend compte des acteurs qui investissent dans ce domaine. Parmi ces divers acteurs, on a les acteurs étatiques, les PTF, les ONG, etc. En ce qui concerne le gouvernement béninois, une ligne budgétaire est allouée depuis 2006 pour l'achat des produits contraceptifs modernes. Il faut souligner que cette ligne a bénéficié d'une série de subventions chaque année, depuis sa création. En dehors de ce budget, l'Etat béninois appuie diverses activités de PF (formation, supervision, promotion, subventions des produits contraceptifs). De même, s'agissant des financements extérieurs, il y a des financements qui proviennent de certains fonds internationaux et institutions internationales tels que le FNUAP, l'IPPF, les Pays-Bas et l'USAID, le fond allemand etc. Le montant total sur quatre années qu'ils ont investi s'élève à 3 946 486 490 francs CFA à travers les actions des ONG intervenant dans le domaine, telles que : l'ABPF-IPPF, ABMS-PSI. On observe aussi l'existence dans les zones sanitaires des réseaux de promotion des produits contraceptifs modernes tels que les cliniques Profam. C'est un réseau de cinquante (50) établissements de santé qui couvre les zones sanitaires (dont la majorité est concentrée dans le département du Littoral) et le réseau des cliniques affiliées. Les cliniques affiliées sont au nombre de 100. Elles sont basées dans les zones sanitaires du sud du Bénin, notamment dans le département de

l'Atlantique. On a: Abomey-Calavi, So-Ava, Ouidah, Kpomassè, Tori-Bossito, Allada- Zè-Toffo (DSME, 2012). Cette stratégie d'extension de la disponibilité des produits contraceptifs modernes, à travers le réseau Profam et les cliniques affiliées est développée par l'ABMS-PSI.

1.1.2.L'option de la planification des naissances comme réponses étatiques à la réduction de la mortalité maternelle et infantile

Les préoccupations relatives à la planification des naissances ont alimenté les débats, tant au niveau national, qu'international. Celles-ci passent par la gestion de la fécondité à travers plusieurs moyens (médicalisés ou non). Au niveau national, le Bénin fait la promotion de la planification familiale dans le but de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile à travers le PNDS 2009-2018. Des études sur la mortalité maternelle et infantile ont montré que des intervalles plus longs entre les naissances réduisent la mortalité maternelle et améliorent l'état nutritionnel de l'enfant. Dans le programme national de la santé de la reproduction, on note un sous-programme « planification familiale ». A ce niveau, les promoteurs ont reconnu que « la faible utilisation des services de planification familiale contribue au taux élevé de mortalité maternelle au Bénin et que la planification familiale reste non seulement, un moyen efficace de réduction de la mortalité maternelle et infantile, mais aussi un moyen de développement » (PNSR, 2011-2015). Des interventions sont menées à partir des objectifs du plan opérationnel budgétisé de la planification familiale pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à travers la promotion de la planification des naissances.

A cet effet, le terme « planification » est abordé implicitement ou explicitement par plusieurs documents de politiques nationales de santé tels que la stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale (2011-2015), le plan d'action budgétisé pour le repositionnement de la planification familiale (2014-2018), la SCRP (2011-

2015), la déclaration de politique de population (Dépolipo), la Politique Nationale de Population (PNP) etc. En ce qui concerne la SCRП, elle met l'accent sur la maîtrise de la croissance démographique en définissant huit actions prioritaires parmi lesquelles : la promotion d'une fécondité responsable qui permettrait de ramener l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 5,7 enfants à 4,8 enfants par femme en 2015 et à 3,9 enfants par femme aux alentours de 2027 (SCRП, 2011-2015). Ces points expriment explicitement que la maîtrise de la croissance démographique passe par des actions sur la limitation des naissances. La déclaration de politique de population (Dépolipo) élaborée par le Bénin en 1996, évoque la promotion d'une « politique de fécondité responsable ». Cet objectif a été repris dans la Politique Nationale de Population : PNP (2013-2025). Selon cette politique, la fécondité responsable passe par la limitation du nombre d'enfants par femme de façon progressive. En effet, elle évoque la promotion d'une fécondité responsable, qui sera concrétisée à travers le renforcement des actions en faveur de la santé de la reproduction. Ces actions sont susceptibles de permettre « la réduction du nombre d'enfants nés vivants par femme de 5,5 à 4 enfants à l'horizon 2025 » (PNP, 2013-2025 : 24). En ce qui concerne les politiques et plans liés directement à la planification des naissances, tels que : la stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale et le plan d'action budgétisé de planification familiale, ils définissent la planification des naissances comme : un ensemble de mesures et de moyens offerts aux couples pour gérer leur fécondité (DSME, 2011-2015). Dans le document de stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale, la planification familiale est définie en trois composantes à savoir : la contraception, la prévention et le traitement de l'infertilité et de la stérilité, la prévention et le traitement des pathologies sexuelles y compris les IST/VIH/SIDA pour l'horizon 2011-2015. De plus, ces documents ont mis l'accent sur la possibilité offerte aux individus d'avoir le nombre d'enfants voulus en temps voulu. Il ressort que ces deux derniers documents de la planification familiale

mettent l'accent de façon évidente sur l'espace et la limitation des naissances. Mais lors de la mise en œuvre des interventions, les promoteurs proposent quatre enfants par couple avec deux ans d'intervalle intergénéral. Toutefois, cette prescription normative comporte ses limites. Certains couples peuvent décider d'avoir des enfants au-delà du nombre proposé et avec des intervalles de leur choix.

1.1.3. Réticence face à l'offre contraceptive médicalisée : éléments de base pour la construction du problème sociologique

Dans cette section, le travail part des constats observés autour des interventions publiques et privées en faveur de l'adoption des méthodes contraceptives biomédicalisées pour mettre en exergue les facteurs qui conditionnent les réponses sociales autour de la gestion de la fécondité à Zè.

En effet, une étude socio-anthropologique sur la planification des naissances s'émancipe de tout discours de la santé publique, chargé de stéréotypes sur la planification des naissances qui propose des méthodes « prêt-à-porter » aux femmes et aux hommes en situation. A ce propos, l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité infantile sur la base de la planification des naissances est devenue même, une préoccupation capitale au niveau communautaire. Au plan national, rappelons-le, il y a eu plusieurs politiques et stratégies de planification des naissances. Rappelons que l'un des objectifs fixés par les acteurs étatiques est de réduire le taux de mortalité maternelle, d'améliorer la santé infantile et de porter de 6% à 15% le taux de prévalence contraceptive moderne. Des constats faits, il se dégage une forte médiatisation des produits contraceptifs biomédicalisés au Bénin en général et dans la commune de Zè, en particulier. En effet, la commune de Zè fait partir des communes où des actions sont menées dans ce sens. De même, plusieurs structures et institutions, telles que l'ABPF-IPPF, l'ABMS-PSI, l'ONG SIAN'SON, la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant du Ministère de la Santé font la

promotion de ces méthodes à « coups de grandes propagandes ». Plusieurs émissions télévisées et spots publicitaires ne manquent pas de louer les bienfaits des méthodes contraceptives biomédicalisées. Des séances de sensibilisations s'organisent au niveau départemental et dans chaque zone sanitaire par le personnel du Service de planification familiale du ministère de la santé, pour montrer aux populations la nécessité de faire recours aux méthodes contraceptives biomédicalisées pour planifier les naissances. Rappelons aussi, qu'on note l'existence d'une ligne budgétaire allouée, pour le financement des intrants contraceptifs modernes avec la disponibilité des partenaires techniques et financiers. C'est dire qu'il y a une forte mobilisation financière et technique pour amener les acteurs à adopter ces méthodes contraceptives, pour planifier leurs naissances. Cependant, en dépit de la disponibilité de l'offre contraceptive biomédicalisée et de l'hyper médiatisation autour de cette offre, on observe que les acteurs développent d'autres réponses sociales au cours du processus de gestion de leur vie sexuelle et reproductive. Dans le quotidien des ménages dans la commune de Zè, les acteurs ont recours à des pratiques sociales de toutes sortes telles que les micro-stratégies, tactiques (De Certeau, 1990), des astuces, des recettes familiales et à des pratiques populaires, magico-religieuses, soit, pour limiter les naissances, soit pour les espacer ou tout simplement pour empêcher l'arrivée d'une nouvelle grossesse, au cours de leurs trajectoires génésiques. Le fait que les acteurs ont recours aux procédés contraceptifs locaux, aux savoirs et savoir-faire pour gérer leur fécondité, malgré la disponibilité de l'offre contraceptive biomédicalisée, interpelle les chercheurs en sciences sociales, notamment ceux de la science socio-anthropologique.

Cette situation a attiré notre curiosité en tant que jeune chercheur. Elle a suscité en nous la question de savoir comment peut-on expliquer la prédominance du recours aux usages sociaux de planification des naissances à Zè, en dépit de la disponibilité d'une offre contraceptive biomédicalisée ?

Questions spécifiques

Les logiques sociales qui gouvernent la gestion de la fécondité à Zè, participent-elles au recours aux procédés locaux et savoir-faire contraceptifs ?

La gestion sociale de la fécondité qui gouverne l'environnement social des acteurs à Zè conditionne t-elle le comportement de ces derniers, tout au long de leurs trajectoires génésiques, à faire recours aux procédés locaux, aux recettes et savoir-faire contraceptifs ?

1.1.4. Hypothèses et objectifs de recherche

1.1.4.1. Hypothèses de recherche

- **Hypothèse générale** : La prédominance du recours aux usages sociaux de planification des naissances, s'explique d'une part, par des logiques sociales et d'autre part, par des pratiques locales et savoir-faire de planification des naissances enchâssés dans des mécanismes sociaux de gestion de la fécondité souvent non appréhendés par les interventions de santé publique et les différentes politiques publiques.
- **Hypothèses spécifiques**
 - ✓ La prédominance du recours aux usages sociaux de planification des naissances est sous-tendue par des logiques sociales qui structurent la gestion de la fécondité à Zè, souvent occultées par les interventions de santé publique.
 - ✓ La prédominance du recours aux usages sociaux de planification des naissances est fonction des savoir-faire et pratiques locales de planification des naissances, enchâssés dans des mécanismes sociaux de gestion de la fécondité à Zè, que les interventions en santé publique ne prennent souvent pas en compte.

1.1.4.2. Objectifs de recherche

- **Objectif général :** Analyser les usages sociaux qui structurent la gestion de la fécondité à Zè, souvent occultés par les interventions de santé publique et les différentes politiques publiques.
- **Objectifs spécifiques**
 - ✓ Décrire les logiques des acteurs autour de la gestion de la fécondité à Zè.
 - ✓ Catégoriser les savoir-faire et pratiques locales de gestion de la fécondité à Zè.

1.1.5. Thèse défendue

L'offre contraceptive biomédicalisée est une politique interventionniste de santé publique qui serait acceptée si elle prend en compte les usages sociaux de gestion de la fécondité en milieu aïzo à Zè.

1.1.6. Clarification conceptuelle

Les principaux concepts utilisés dans le présent travail sont définis dans cette partie du travail. Ces concepts induisent une série de sous-concepts dont l'ensemble renseigne sur le cadre conceptuel de la présente recherche. Les concepts que nous avons clarifié ici en nous inspirant des données de terrain sont entre autres : les usages sociaux, les référents sociaux, les pratiques locales et savoir-faire de la planification familiale, les logiques sociales, les méthodes contraceptives biomédicalisées, les trajectoires génésiques etc. La plupart des concepts tels que : intervalle intergénésiq, période post-partum, vie génésique, planification familiale etc. sont des concepts issus de l'idéologie de la santé publique. La présente recherche a fait usage de ces quelques concepts. C'est pour cette raison que le travail les mentionne dans cette section pour les clarifier selon la conception de la santé publique pour permettre une certaine compréhension aux lecteurs.

Selon les praticiens de la santé, une femme n'ayant aucun enfant est appelée nullipare tandis qu'une femme ayant un enfant est un primipare et une femme ayant eu plusieurs

enfants est un multipare. Quand la femme est en activité reproductive, on parle d'activité génésique. La période juste après un accouchement est dite période post-partum et les intervalles séparant deux naissances successives sont appelés intervalles intergénésiques. La trajectoire au cours de laquelle les couples sont en activité génésique ou en « pause » génésique est appelé trajectoire génésique/Vie génésique.

Puisque certains concepts sont empruntés à la santé publique, avec des charges préconçues, nous avons donc procédé à une déconstruction/reconstruction de ces derniers à partir des données de terrain. La planification familiale est définie comme : « la détermination du nombre et de l'espacement des enfants par les couples » (Grawitz, 2004 : 316). La stratégie nationale de repositionnement de la planification familiale définit la planification familiale comme : un ensemble de mesures et de moyens mis à la disposition des couples pour la maîtrise de leur fécondité (DSME, 2011-2015). Plusieurs méthodes sont proposées à cet effet, aux acteurs pour la planification des naissances au sein des couples. Ce sont ces méthodes que nous appelons ici : méthodes contraceptives biomédicalisées. Sont appelées méthodes contraceptives biomédicalisées : toutes méthodes issues de l'ingénierie moderne et valorisées par les promoteurs des produits contraceptifs tels que les spécialistes de la santé publique, les ONG ou acteurs privés ou publics, les agents de santé promoteurs de ces méthodes contraceptives. Revenant sur la définition institutionnelle de la planification familiale, cette définition donne l'impression qu'on est en situation d'un « top down » (Olivier de Sardan, 1995) et n'intègre pas totalement la prise en compte des normes et croyances des acteurs, ni les référents sociaux auxquels ils ont recours dans la gestion de leur vie génésique. En effet, la gestion de la fécondité renvoie à une diversité de conceptions et de pratiques qui prennent leur source dans des croyances, valeurs et normes sociales qui alimentent le quotidien des ménages. La manière de penser, d'agir ou de se comporter des acteurs face à une situation renvoie à leur culture, aux référents sociaux et culturels qui structurent le corps social auquel les

individus appartiennent. L'offre contraceptive biomédicalisée disponible relève essentiellement du domaine de la santé publique. Face à cette offre, les acteurs développent souvent d'autres réponses pour gérer leur fécondité. Partant de cette situation, le présent travail pose le débat entre la prédominance du recours aux usages sociaux de gestion de la fécondité et les logiques des acteurs en rapport avec la gestion de la fécondité d'une part et entre la prédominance du recours aux usages sociaux de gestion de la fécondité et le recours aux savoir-faire et pratiques locales de planification des naissances, d'autre part. Ces usages sociaux trouvent leur légitimité dans un ensemble de savoirs et savoir-faire en matière de planification des naissances. En effet, les travaux de Aguia-Daho (2013), sur le rapport à la douleur de l'accouchement font ressortir un type de savoirs, qu'il désigne sous le vocable de « savoirs endogénéisés ». Selon lui, les savoirs endogénéisés « renvoient à des connaissances détenues par des acteurs locaux. Ces connaissances portent les germes à la fois endogènes et exogènes, dont les usages s'inscrivent dans les contextes et réalités propres à un environnement spécifique donné » (Aguia-Daho, 2013 : 43). En d'autres termes, ce sont des connaissances orales plus ou moins systématisées, non consignées sous forme écrite et parfois détenues exclusivement par des sachants² ou parfois existantes sous forme de savoirs populaires (Kpatchavi, 2011)³ et qui se transmettent de bouche à oreille au cours de l'expérience génésique des ménages. Aussi, faut-il rappeler que les pratiques contraceptives locales et savoir-faire, évoqués dans la présente recherche, renvoient à un ensemble de pratiques plus ou moins « systématisées », issues soit des connaissances magico-religieuses et détenues par un groupe restreint d'acteurs, soit issues des connaissances populaires ou issues des recettes familiales ou encore issues des savoirs portants à la fois des germes endogènes

² Ce concept renvoie à un séminaire de DEA (promotion 2010-2011, FLASH/EDP/UAC/Bénin), animé par le professeur Honorat AGUESSY, qui a évoqué ce concept pour désigner un groupe restreint d'acteurs détenteurs d'un savoir spécifique.

³ Kpatchavi définit les savoirs populaires comme un « ensemble des informations générales, systématisées ou non, produites par l'expérience et l'expérimentation, disponibles dans le contexte social et dont les individus font usage pour régler leur problème dans la vie quotidienne ; ces savoirs relèvent plus du domaine de l'informel que du formel »

et exogènes et qui alimentent le quotidien des individus dans la gestion de leur fécondité. Ces pratiques trouvent leur sens dans un certain nombre de référents sociaux, qui orientent ou conditionnent le comportement des acteurs dans la gestion de leur fécondité, au cours de leurs trajectoires génésiques. Les trajectoires génésiques renvoient à un ensemble d'événements majeurs et d'acteurs clés qui guident ou influencent les choix reproductifs des acteurs et la nature de la méthode à utiliser pour la planification des naissances.

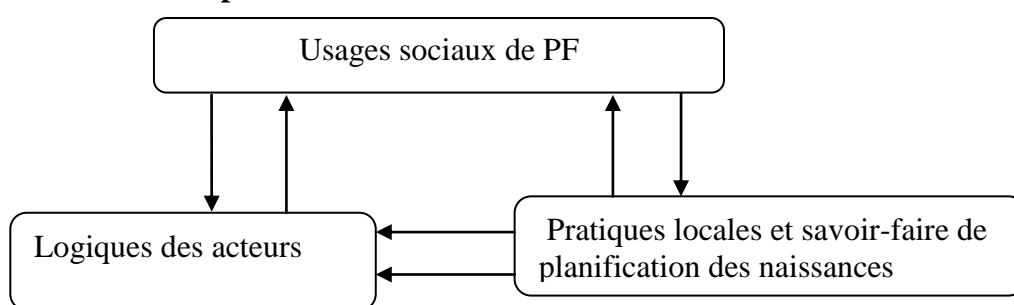
Ici, les référents sociaux constituent des modèles de conduites et de comportements qui inspirent les individus face à une situation donnée. Ces référents renvoient à un certain nombre de comportements sous-tendus par des conceptions et des logiques individuelles et collectives. Qu'est-ce donc une logique ? Selon Grawitz (2004), une logique, « c'est le domaine de la philosophie qui définit les règles du raisonnement valide. Les discussions sur la validité entre l'objet et le sujet pensant » (Grawitz, 2004 : 257). Selon Olivier de Sardan (1995), les « logiques représentationnelles », sont celles qui classeraient, diverses façons de concevoir. Autrement dit, la façon dont les acteurs conçoivent ou perçoivent la gestion de la fécondité détermine les usages autour de cette gestion. Ces façons de penser sont à leur tour sous-tendues par un ensemble de normes et règles socioculturelles spécifiques au milieu. Qu'est-ce alors qu'une culture ?

« Loin de constituer un ensemble de rôles figés, la « culture » ou plutôt « les multiples sous-cultures » composant un ensemble social, correspond à la façon dont diverses populations résolvent concrètement des problèmes en usant variablement de certaines connaissances, conceptions locales et émotions socialement construites et acceptées » (Jaffré, 2012 : 12).

Les praticiens de la santé publique tentent parfois d'expliquer certains échecs des interventions de la santé publique par l'existence de « barrières culturelles » difficile à « franchir ». Cette explication trop classique et simpliste de la réalité renvoie à

l'interrogation suivante : « une fois ces limites franchies les populations agiraient-elles uniquement et quasi automatiquement selon les préceptes de la santé publique ? » (Idem). Il faut dire que la prédominance du recours aux usages sociaux de gestion de la fécondité dans le milieu est conditionnée d'une part, par les logiques sociales qui gouvernent la gestion de la fécondité et d'autre part, par le recours aux pratiques locales et savoir-faire de planification des naissances. Que signifie usages sociaux ? On entend par usages sociaux dans le présent travail, des multiples manières de faire, qui orientent l'attitude des acteurs face à une pluralité de normes sociales et institutionnelles autour de la gestion de la fécondité en milieu aïzo à Zè. Boltanski dans ses travaux sur les usages sociaux du corps, montre que les individus de classes supérieures et ceux des classes moyennes produisent une description détaillée et structurée des modifications de leur état morbide » (Boltanski, 1971 : 9) comparativement aux individus de classes populaires qui peinent à livrer « leurs expériences vécues » de la maladie morbide. C'est dire que les usages que les acteurs sociaux font de leurs corps, de la gestion d'un état pathologique, de la gestion de leur santé, en général ou celle sexuelle et reproductive en particulier sont diversifiés et multiformes et s'inscrivent dans des schèmes de représentations sociales.

Schéma 1 : cadre conceptuel



Source : réalisé à partir des données de terrain : 2013-2019

1.1.7. Etat de la question : quelques axes actuels de la discussion

Une analyse de la littérature scientifique existante montre que les auteurs se positionnent différemment sur les mobiles qui conditionnent le recours aux procédés de planification des naissances.

1.1.7.1.Histoire de la gestion de la fécondité : Pratiques non biomédicalisées au cœur de l'expérience génésique ?

Il s'avère important de partir d'une entrée par l'histoire de la gestion de la fécondité, comme premier axe, pour situer de façon temporelle la manière dont les individus géraient leur fécondité au cours de leurs expériences génésiques. Cela permet de mettre aussi en exergue les aspects sur lesquels insistaient les tous premiers programmes de planification familiale. Une exploration de la littérature existante concernant la pratique de la planification des naissances nous renseigne sur la manière dont les individus géraient leur fécondité. En effet, le débat sur la gestion de la fécondité, en l'occurrence celle de la planification des naissances a été et demeure le centre d'attention de plusieurs disciplines des sciences sociales et humaines, notamment celui de la démographie et de la socio-anthropologie et même de la médecine, qui relève beaucoup plus du domaine biomédical. En effet, « pour que la contraception apparaisse, il fallut que l'homme comprenne le lien chronologique entre le rapport sexuel, la grossesse puis la naissance d'un nouvel être humain » (Bodet, 2014 : 31). A ce propos, il ne faudrait pas croire que c'est exclusivement grâce à la contraception biomédicalisée que la fécondité a pu être régulée, car celle-ci l'a été de tout temps, comme l'ont montré divers travaux anthropologiques et historiques (Jobin, 2008). La gestion de la fécondité se basait sur des connaissances endogènes et sur des pratiques locales.

C'est dire que les populations développaient des « stratégies internes »⁴ au sein de la cellule familiale pour planifier leurs naissances. Il faut rappeler avec (Gautier, 2004), que la mise en œuvre des programmes et politiques sanitaires en matière de planification des naissances a commencé avec la promotion des méthodes naturelles en Chine, Inde, Tunisie, dès les années 1950 et ce n'est qu'à partir des années 1960, que les programmes se sont intensifiés. Guilmoto, fait un point des facteurs qui ont favorisé la baisse de la fécondité en Inde dans des zones rurales réfractaires à l'adhésion des politiques de planification familiale, en montrant que : « [...] la fécondité y a commencé à s'infléchir dès les années 1950, alors que les efforts des pouvoirs publics en matière de planification familiale n'étaient en Inde qu'à l'heure du balbutiement » (Guilmoto, 2005 : 02).

Un point de la littérature a montré que la toute première politique de planification familiale qui allait dans le même sens que la théorie malthusienne est née il y a un peu plus de cinquante ans. Indépendamment de l'avènement des politiques de planification des naissances, les individus avaient des modes internes de régulation des naissances et de gestion de la fécondité. Les politiques de planification des naissances sont venues se greffer aux normes et pratiques existantes en matière de gestion de la fécondité. Mais la question se pose de savoir si avec l'arrivée de ces politiques, avec des messages antinatalistes, abondamment relayés par les médias, les populations se sont-elles retrouvées à travers ces politiques de santé publique ? Les politiques de santé publique, en matière de santé de la reproduction, avec leur postulat classique et universel, importées en Afrique subsaharienne en général et au Bénin en particulier n'ont-elles pas connu des difficultés d'appropriation pour la plupart ? Il faut dire qu'il serait bien difficile de pouvoir transférer une expérience d'une aire culturelle ou d'un pays à un autre. Les individus ont leur façon spécifique de gérer leur vie génésique

⁴ Le concept de « stratégies internes », a été évoqué par Imorou Abou-Bakari, lors des échanges avec lui sur la problématique de la recherche.

selon les référents sociaux qui structurent l'imaginaire social de ces derniers. Or, pour le cas spécifique du Bénin, la plupart des politiques de santé publique en matière de planification des naissances sont élaborées après les rencontres et conférences internationales et régionales sur la population et le développement telle que la Conférence Internationale pour le Développement (CIP). La formulation de ces politiques est beaucoup plus inspirée des indicateurs universels définis lors de ces rencontres, pour rester en conformité avec les accords internationaux et régionaux. Avec l'élaboration de ces politiques, on assiste à l'avènement de la santé de la reproduction et des droits reproductifs. Le contenu donné à ces notions est-il parfois opérationnel dans la réalité ?

Une étude réalisée au Bénin sur la planification des naissances à l'aide des méthodes biomédicalisées est allée au-delà de l'histoire des politiques de planification familiale pour mettre en exergue les facteurs qui participent au faible recours à la contraception biomédicalisée. Selon les résultats issus de l'étude, parmi les femmes mariées, les raisons les plus souvent invoquées pour justifier l'absence de contraception sont la peur des effets secondaires, les préoccupations de santé et l'opposition par le conjoint d'adopter la méthode (Chae et al, 2015 : 03).

Au vu de ce qui précède, il se dégage un questionnement qui est de savoir si c'est la façon dont les politiques de planification familiales sont conçues, qui renforce la posture défavorable des bénéficiaires vis-à-vis des méthodes biomédicalisées de planification des naissances ? Ou bien, est-ce la méthode d'intervention ?

1.1.7.2. Des usages relevant du registre de la confidentialité

L'un des arguments qui conforte les individus à solliciter les pratiques contraceptives locales dans la gestion de leur vie génésique est que ces procédés existent au niveau de l'environnement immédiat et ne se retrouvent pas au niveau du cadre médical stricte qui expose les individus au regard social. Schelsky (1972) évoque le concept de : « censure d'ordre sentimental » mais aussi « d'ordre moral », pour montrer la gêne que

l'on éprouve à aborder les questions d'ordre sexuel dans certaines sociétés, notamment africaines. Evoquer la manière dont on gère sa vie sexuelle et reproductive, n'est pas une tâche aisée en face d'un proche ou en face d'un étranger. Le recours à toute méthode contraceptive médicalisée renvoie forcément à des préoccupations d'ordre sexuel, durant l'interaction avec les patientes. Le recours aux méthodes contraceptives biomédicalisées, crée une situation de gêne lors de l'interaction entre les acteurs en présence. En effet, le fait d'aller dans un centre de santé pour adopter une méthode contraceptive renvoie à des questions d'ordre sexuel, durant l'interaction entre la patiente et l'agent de santé. Les patientes sont souvent saisies par un sentiment de gêne. Discuter des questions liées au sexe n'est souvent pas aisé dans les pays africains, notamment à Zè, même si cela peut se faire avec moins de gêne ailleurs. Lors des recherches, on a observé un certain tabou autour des questions liées à la sexualité. Or, le recours aux pratiques contraceptives locales se fait au sein de l'environnement immédiat, mettant en jeu des acteurs ayant une certaine proximité sociale. C'est donc loin des considérations normatives qu'il faut apprécier le fait que les acteurs ont recours aux procédés locaux et au savoir-faire, en matière de gestion de la fécondité. Il faut s'intéresser, de ce fait, à l'organisation sociale des individus, à la manière dont ils pensent et conçoivent les faits sexuels, à leur représentation sociale du sexuel, avant d'appréhender et de mieux comprendre leur recours aux procédés contraceptifs locaux. En effet, la honte est « un mécanisme de contrôle social ». Les individus préfèrent solliciter les connaissances contraceptives locales, pour ne pas être obligé de se déplacer vers un espace médical. Se retrouver dans un centre de santé nez à nez avec une voisine ou même la petite sœur d'une amie ou pire encore la belle-sœur, alors qu'on est venu solliciter les méthodes contraceptives biomédicalisées constitue selon certaines interlocutrices des situations très embarrassantes et honteuses. En effet, pour Ouatarra (1999), cité par Moussa (2003), la honte est « un sentiment d'ordre relationnel et de ce fait, il se manifeste en fonction du regard des

autres. Il naît avant tout d'une relation à l'opinion d'autrui » (Moussa, 2003 : 10). Le fait de sortir pour aller dans un centre de santé avant de solliciter les méthodes contraceptives biomédicalisées, constitue-t-il alors l'un des facteurs explicatifs de la réticence face aux méthodes contraceptives biomédicalisées ? Ou alors, est-ce que le recours aux pratiques contraceptives locales et au savoir-faire en matière de gestion de la fécondité correspond-t-il à une construction sociale ?

1.1.7.3. Pratiques locales et savoir-faire de planification des naissances : reflet des construits sociaux ?

Le premier aspect du débat à ce niveau, se situe au niveau du prolongement du biologique au social. C'est d'abord dans l'imaginaire social des individus qu'il faut chercher à comprendre la manière dont ils pensent gérer leur fécondité, avant de proposer une intervention sanitaire axée sur l'adoption des méthodes contraceptives biomédicalisées. Il faut souligner que lors de la mise en œuvre des programmes sanitaires, « les dynamiques « du dehors »⁵ s'ajustent à celles du « dedans »⁶. On assiste à une sorte de « greffes »⁷ ou de « rejets »⁸

En effet, « [...] parfois, plus rarement, elles peuvent être entièrement rejetées. Mais, le plus souvent, on assiste à des échanges complexes mêlant des rejets et des implants partiels et surtout à des « hybridations » drainant de multiples fragments détachés de divers ensembles socioculturels [...] » (Jaffré, 2012 : 13).

En effet, si les populations développent des réponses sociales pour gérer leur fécondité au quotidien, face à l'offre contraceptive biomédicalisée, cela ne signifie-t-il pas que les individus ont aussi de savoir-faire en matière de gestion de leur fécondité ? Il faut

⁵ Jaffré (2012), rappelle les propos évoqués par G. Balandier à propos des dynamiques observées lors de la mise en œuvre d'un projet de développement

⁶ Idem

⁷ Jaffré (2012), rappelle les concepts employés par Olivier de Sardan (1997), concepts employés par l'auteur pour montrer les dynamiques observées lors de la mise en œuvre d'un projet.

⁸ Idem

dire que la prédominance du recours aux pratiques contraceptives locales et au savoir-faire, face à la disponibilité des méthodes contraceptives biomédicalisées, par les ménages, peut être envisagée comme un rejet partiel, dans la mesure où les séances de sensibilisations que certains promoteurs de l'offre contraceptive biomédicalisée organisent, ont influencé dans une certaine mesure le vécu des ménages. On note, dans leur vécu, des germes de fragments d'emprunts issus des messages véhiculés par les promoteurs de produits contraceptifs. Toutefois, il faut dire que les projets de développement sanitaire se heurtent parfois à des modèles de conduites et de comportements des acteurs des milieux d'intervention. Face à l'offre contraceptive biomédicalisée, les individus développent des réponses diverses, qui sont parfois différentes des logiques qui structurent cette offre. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette offre ne s'inspire pas toujours des normes et valeurs sociales qui régissent la gestion de la vie génésique de ces derniers.

Ce n'est donc pas à travers des arguments simplistes et classiques qu'il faut chercher à expliquer le recours aux pratiques locales de planification des naissances. C'est à travers des considérations sociales qu'il faut apprécier le recours à ces pratiques. Pour reprendre Bourdieu (1980), on peut dire qu'ils détiennent une manière d'être, d'agir et de penser (en matière de gestion de leur fécondité) et qui reflète et produit à la fois l'inscription des hommes dans la société. Les pratiques non médicalisées de planification des naissances, sont avant tout des pratiques de proximité « culturelle » ou « sociale ». La façon dont les populations gèrent leur fécondité a été socialement construite. Autrement dit, le recours aux pratiques contraceptives locales et au savoir-faire est la résultante d'un processus de socialisation à travers les normes sociales de gestion de la fécondité. On en déduit que la gestion de la fécondité au sein des ménages semble relever d'une construction sociale.

En dehors du fait que la gestion sociale de la fécondité, apparaît comme le reflet des construits sociaux, la question se pose alors de savoir si les indicateurs sur la base

desquels les politiques de planification des naissances sont élaborées et la manière dont-elles sont mises en œuvre ne constituent-ils pas aussi l'un des facteurs des difficultés d'appropriation de ces politiques ?

1.2. De la socio-anthropologie du développement à la socio-anthropologie de la gestion de la fécondité

Ce sous titre s'interroge sur la part du socio-anthropologue dans l'analyse de la gestion de la fécondité.

1.2.1. Le socio-anthropologue est-il un « outsider » dans l'analyse de la gestion de la fécondité ?

L'une des craintes à l'entame de ce travail est le fait qu'il porte sur une thématique fortement envahie par les démographes, les spécialistes de la santé publique, les historiens, les acteurs du monde du développement, etc. En effet, certains acteurs ont tenté de répondre à nos préoccupations par des chiffres « envahissants ». Mais l'objectif principal de cette recherche est de travailler sur les pratiques sociales et/ou locales de gestion de la fécondité, qui participent à la planification des naissances en milieu aïzo dans la commune de Zè. Ceux-ci sont souvent occultés dans de nombreux travaux. Le plus important était de s'intéresser essentiellement aux pratiques sociales ; aux pratiques locales, aux « subterfuges », aux formes de « dérobadés » (De Certeau, 1990), développées par les femmes, au quotidien au sein des ménages pour planifier les naissances. Il faut rappeler que la fécondité est généralement pensée en termes démographiques, mais aussi épidémiologiques comme la natalité, la mortalité, avec surtout des indicateurs chiffrés. Le champ ainsi envahi par les autres disciplines, tente « d'évacuer » la présence du socio-anthropologue.

1.2.2. Délimitation des champs disciplinaires de la recherche

- ...De la définition du développement

C'est loin des essais de définitions simplistes et classiques, que nous avons appréhendé la notion du développement à travers le présent travail. Nous avons compris au début de cette recherche, qu'il fallait absolument prendre de la distance et apprécier le développement sous un angle tout à fait objectif. Déjà, Bako-Arifari & Le Meur (2001a), proposent une définition objective du développement. En paraphrasant Marcel Mauss, ils énoncent que « le développement est un processus social total » et qu'il faut l'aborder dans des perspectives d'analyses multiples. Selon ces auteurs, « en tant que processus social, le développement appelle une approche holistique que l'anthropologie porte en elle, dans ses méthodes comme dans ses conceptualisations » (Bako-Arifari & Le Meur, 2001a : 123). Il s'ensuit que, ce n'est pas à un groupe d'acteurs donnés de proposer le développement à un autre groupe d'acteurs qu'on désigne « abusivement » sous le vocable de populations à développer. C'est avant tout à chaque groupe d'acteurs de définir et d'apprécier son besoin de se « développer ». Le besoin de se développer est spécifique à chaque société ou groupes humains.

C'est dans cette perspective que Bierschenk (2008), pose les bases d'une définition plus contextuelle du développement. Cette définition reste spécifique aux milieux dans lesquels interviennent les actions de développement. L'auteur dégage plusieurs postulats de l'approche apadienne :

« Le premier de ces postulats consiste à séparer les réflexions normatives sur le développement de l'analyse empirique pour se concentrer sur cette dernière : sur les faits du développement. Le développement est tout simplement ce que les acteurs dans le champ désignent comme tel et le monde social dans lequel ils évoluent » (Bierschenk, 2008 : 02).

Partant de cette définition, il faut dire que les interventions de développement ne peuvent être mises en œuvre que dans un milieu où les acteurs ressentent la nécessité

de leur mise en œuvre. Les politiques de développement notamment, les interventions sanitaires telles que la politique de planification des naissances, ne peuvent se soustraire à cette approche. C'est dire que face aux difficultés d'appropriation des politiques de la planification familiale, l'anthropologie, mieux, la socio-anthropologie, vient servir d'appoint à l'analyse du recours aux méthodes et procédés contraceptifs de gestion de la fécondité.

- **A la définition de la socio-anthropologie...**

Selon Olivier de Sardan (1995), la socio-anthropologie, « [...] tente une analyse intensive et in situ des dynamiques de reproduction/transformation d'ensembles sociaux de nature diverses, prenant en compte les comportements des acteurs, comme les significations qu'ils accordent à leurs comportements » (17-18). A cet effet, l'anthropologie et la sociologie sont incontournables pour venir en appui à la santé publique pour réorienter les cadres dans lesquels les politiques et interventions sanitaires sont définies ou élaborées. La posture socio-anthropologique, ici, face à l'analyse du rapport à la gestion de la fécondité s'intéresse essentiellement aux normes, aux vécus des acteurs en lien avec la manière dont ils gèrent ou pensent gérer leur fécondité. L'analyse de la prédominance du recours au savoir-faire et aux pratiques contraceptives locales, face à un dispositif médical d'offre contraceptive biomédicalisée, met en exergue un système de normes et des principes spécifiques aux modes de penser et de vivre des acteurs en présence. Cet ensemble de normes influence l'appropriation de l'offre contraceptive biomédicalisée par les acteurs. La prise en compte de ces déterminants sociaux dans l'analyse de la façon dont les politiques de planification familiale sont conçues et mises en œuvre, permet de mieux appréhender l'ancrage socio-anthropologique des pratiques contraceptives locales et savoir-faire en matière de gestion de la fécondité.

- **La socio-anthropologie du développement en appui aux politiques de planification des naissances**

En ce qui concerne l'utilité réelle de la socio-anthropologie aux politiques et interventions de développement, Lavigne Delville (2011), montre que « l'expertise socio-anthropologique peut être sollicitée en amont et en aval des politiques sanitaires [...] » (Lavigne Delville, 2011 : 68). En effet, « la socio-anthropologie du développement peut contribuer, pour une part modeste mais réelle, à améliorer la qualité des services que les institutions de développement proposent aux populations, en permettant une meilleure prise en compte des dynamiques locales » (Olivier de Sardan, 1995 : 9). La socio-anthropologie du développement, vient donc en appui à la santé publique, notamment dans la formulation et la mise en œuvre des interventions de santé publique, telles que les politiques et interventions de planification des naissances. A ce propos, il faut une rupture de l'approche « interventionniste » de la santé publique, en matière de planification des naissances, pour une approche centrée sur les besoins des individus construits « localement » à partir d'objectifs définis par ces derniers. Les logiques qui structurent le recours au savoir-faire et aux pratiques locales de planification des naissances ne sont pas forcément celles qui guident l'offre contraceptive biomédicalisée. Il faut donc partir de comment les individus pensent gérer leur fécondité, pour mieux apprécier leur recours aux méthodes biomédicalisées de planification des naissances.

1.3. Les savoirs locaux ou endogènes ont-ils un statut scientifique ?

Il faut souligner qu'il existe beaucoup de questionnements autour du statut des connaissances endogènes et/ou locales. Les travaux de Aguia-Daho (2013), sur le rapport à la douleur de l'accouchement en est une illustration. Le premier questionnaire s'intéresse à l'efficacité des connaissances endogènes. Le deuxième s'intéresse à la validité du caractère scientifique de ces connaissances. Or, les cadres dans lesquels se construisent celles-ci ne sont pas les mêmes que ceux dans lesquels

s'élaborent les savoirs scientifiques. Vouloir apprécier les connaissances endogènes et/ou locales à la lumière des indicateurs scientifiques serait comme introduire des biais dans l'appréciation du statut de ces connaissances. En effet, les savoirs endogènes et/ou locaux tels que les connaissances contraceptives locales se constituent dans des cadres sociaux de la connaissance (Gurvitch, 1966). Dans cette optique, les conditions dans lesquelles se construisent les savoirs « non biomédicalisés » en lien avec la planification des naissances n'ont rien à avoir avec les expérimentations biomédicales qui aboutissent à la mise en place des produits contraceptifs biomédicalisés. Ils ne peuvent donc pas être analysés suivants les mêmes indicateurs.

1.4. Modèles théoriques d'analyse : le constructivisme relatif comme théorie dominante

Le constructivisme relatif est la théorie la mieux appropriée qui a permis d'analyser les conditionalités de la prédominance du recours aux usages sociaux de planification des naissances. En effet, le présent travail a « revisité » le constructivisme radical de Pierre Bourdieu (1980) pour s'inspirer d'un constructivisme relatif et non radical. Pierre Bourdieu, part du concept « habitus », entendu comme des « structures structurées structurantes » pour élaborer une théorie constructiviste : le constructivisme radical qui met en exergue, les niveaux de « liberté » et de « conditionnement » des individus. Etant « produit de l'histoire, l'habitus produit des pratiques individuelles et collectives, conformément aux schèmes engendrés par l'histoire [...] » (Bourdieu, 1980 : 05). Il met les groupes humains dans une position de dépendance et d'autonomie relative vis-à-vis des us et coutumes, des normes sociales qui régissent la gestion de la vie génésique dans le corps social auquel ils appartiennent. Le constructivisme tel que le pense Pierre Bourdieu dans l'analyse et l'interprétation des faits, paraît trop radical. En réalité, le fait que les groupes sociaux développent des réponses sociales pour réguler leur fécondité face à l'offre contraceptive

biomédicalisée, peut s'expliquer par la façon dont les acteurs réinterprètent les mécanismes ou systèmes d'offre contraceptive.

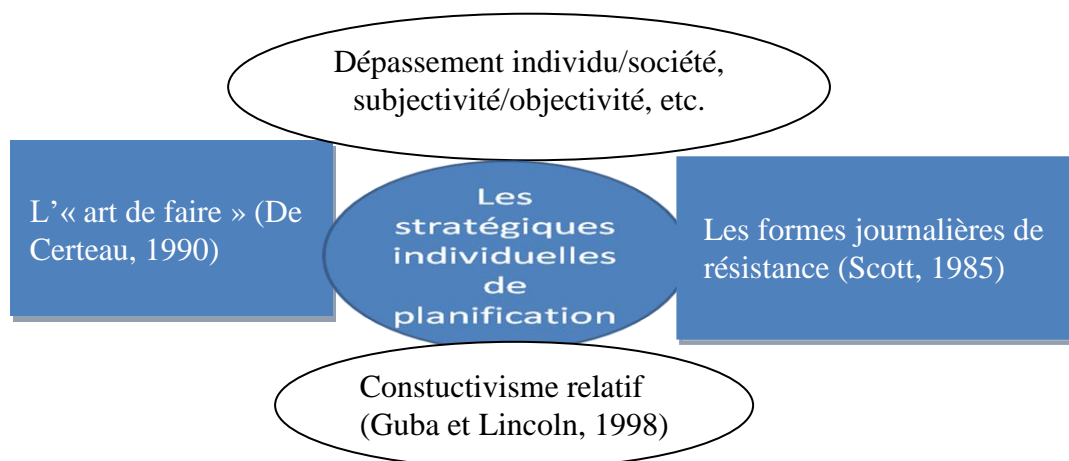
Il faut rappeler que, selon Maria Arcà et Silvia Caravita « L'axiome fondamental du constructivisme radical est diamétralement opposé aux positions innéistes dans le domaine cognitif et en reçoit des critiques importantes [...] » (Arcà et Caravita : 1993 : 4).

A ce propos, ces auteurs soulignent que malgré sa pertinence, le constructivisme radical, « [...] n'offre pas d'arguments qui permettent d'éviter les implications menant à un subjectivisme absolu, à la confusion entre objet réel et expérience subjective de l'objet [...] » (Arcà et Caravita, 1993 : 5).

Toutefois, la présente recherche va au-delà du constructivisme radical et s'inscrit dans un dépassement « individu/société », « subjectivité/objectivité », etc. et analyse les types de recours qui structurent la gestion de la fécondité à Zè. Elle appréhende, les modalités de la prédominance du recours aux usages sociaux de planification des naissances comme des constructions sociales. L'analyse emprunte fondamentalement le constructivisme relatif tel que développé par Guba et Lincoln (1998). Selon Avenier « l'hypothèse d'ordre ontologique formulée par les tenants du paradigme constructiviste est qu'il existe de multiples réalités socialement construites qui ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autre sorte : une ontologie relativiste [...]. Ces constructions sont effectuées par des individus lorsqu'ils essaient de donner du sens à leurs expériences [...] » (Avenier 2011 :17). Le présent travail s'inscrit dans tous ces dépassements et considère les mobiles et les référents sociaux qui participent au recours au savoir-faire et aux pratiques locales en matière de planification des naissances comme des constructions sociales, qui subissent quelque fois seulement, l'influence des lois préétablies, en matière de gestion de la fécondité en milieu aïzo à Zè.

De plus, la recherche a sollicité Michel De Certeau (1990), dans l'invention du quotidien et qui a permis de mettre en lumière les micro-stratégies que développent les hommes et les femmes au quotidien au cours de leurs trajectoires génésiques. Cela a contribué à faire ressortir aussi l'« art de faire » (De Certeau, 1990) des femmes, des « formes de braconnage », des « formes journalières de résistance » (Scott, 1985) des femmes ; des tactiques, des astuces, des subterfuges que les femmes développent pour « manipuler » leurs conjoints et/ou pour contourner les normes sociales en matière d'accomplissement ou non de leurs devoirs conjugaux. Le schéma théorique ci-dessous est une illustration :

Schéma 2 : cadre analytique



Source : réalisé à partir des données de terrain et de la littérature, 2013-2019

Conclusion partielle

Ce chapitre est le chapitre théorique de la recherche. Il comporte les points essentiels suivants : le cadre théorique et problématique. Le cadre théorique comprend le contexte général et spécifique du sujet. Le cadre problématique comporte le problème soulevé par la recherche, les hypothèses, les objectifs, la clarification conceptuelle, un point sur les axes actuels de la discussion, le modèle théorique d'analyse etc.

Chapitre 2 : Approche méthodologique de la recherche

Ce chapitre présente le processus méthodologique qui a conduit à la production des données et à la réalisation de ce travail.

2.1. Quelques axes méthodologiques ayant conduit au choix du cadre d'étude

Cette section met en relief les axes autour duquel le site de la recherche est fait.

2.1.1. Etude qualitative

Il convient de souligner que l'étude est de nature essentiellement qualitative. L'approche qualitative a imprimé à tout le processus de réalisation de ce travail depuis la construction de l'objet d'étude, jusqu'à la construction des techniques et outils de collecte en passant par le choix des théories de référence, la « rigueur du qualitatif » (Olivier de Sardan, 2008). En effet, elle est « une rigueur logique (on ne peut dire une chose et son contraire), argumentative (il s'agit de convaincre) et théorique (les énoncés prennent place dans un débat érudit) » (Olivier de Sardan, 2008 : 8). La nature qualitative de l'étude a permis de documenter certaines variables qualitatives parmi lesquelles : les repères sociaux autour de la gestion de la fécondité, les normes et croyances en lien avec la procréation. Elle a orienté aussi la nécessité de mettre en lumière, le symbolisme autour des naissances, les sémiologies populaires autour des naissances rapprochées et autour de la planification des naissances, les perceptions et logiques autour de la planification des naissances, les pratiques locales et savoir-faire en matière de la planification des naissances etc.

2.1.2. Critères du choix du cadre d'étude

Le présent travail met en exergue ici les critères sur la base desquels le choix du département de l'Atlantique et celui de la commune de Zè est fait.

2.1.2.1. Indice de fécondité comme critère de choix

Selon le découpage administratif, le Bénin comporte douze (12) départements à savoir : l'Atacora, l'Alibori, le Borgou, les Collines, le Zou, le Mono, le Couffo,

l'Atlantique, le Littoral, l'Ouémé, le plateau. Parmi ces départements, il y a des départements dont l'indice de fécondité est plus élevé que d'autres (2011-2012). Ces départements sont : l'Alibori, l'Atacora, le Plateau, le Borgou, l'Ouémé, l'Atlantique et le Couffo. Le tableau III présente les sept départements ayant un indice de fécondité élevé.

Tableau III : Les départements du Bénin ayant un indice de fécondité élevé

Les départements ayant un indice de fécondité élevé	Indice synthétique de fécondité
Alibori	5.8
Atacora	5.8
Plateau	5.3
Borgou	5.2
L'Ouémé	5.2
L'Atlantique	5.1
Couffo	5.1

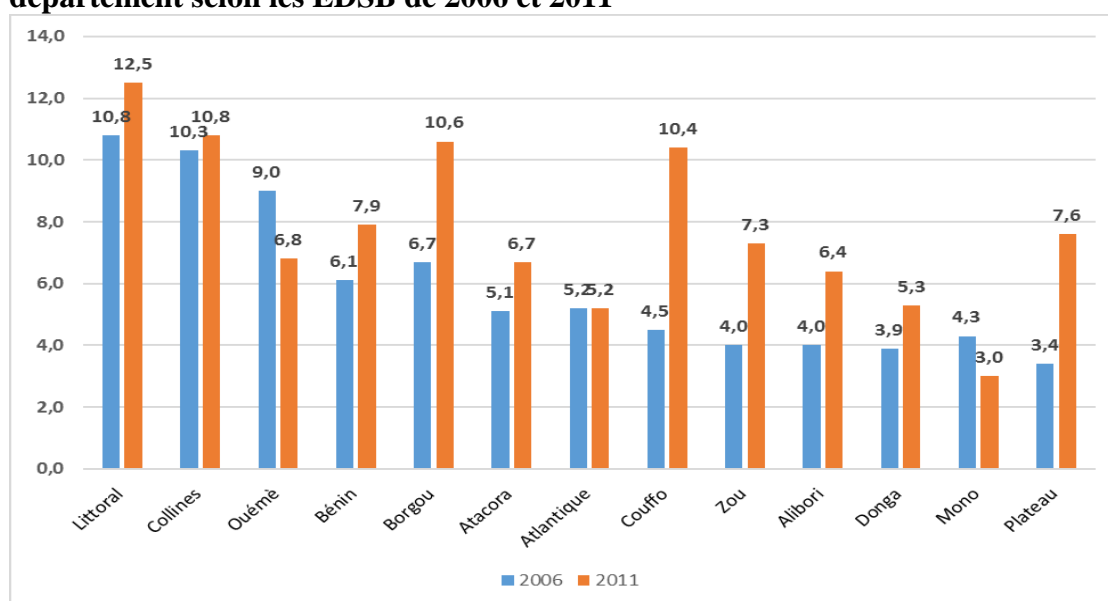
Source : réalisé à partir de l'EDS (2011-2012)

Il ressort du tableau III que, parmi les départements dont l'indice de fécondité est élevé, l'Atlantique a le plus faible indice synthétique de fécondité à l'instar du Couffo. On observe de ce fait, une certaine maîtrise de la fécondité dans ce département, car sur les sept (07) départements à indice élevé, ce département possède l'indice le plus faible en dehors du Couffo et a pour indice synthétique de fécondité au moins cinq (05) enfants par femme en moyenne (EDS, 2011-2012). Les deux se positionnent comme les départements à faible indice de fécondité en ce qui concerne la manifestation de la fécondité.

Le choix du département de l'Atlantique se justifie par le fait qu'en faisant une comparaison des pourcentages d'utilisation de la contraception, on constate que le taux d'usage de la contraception toute catégorie confondue dans le Couffo est de 17%, dont 10.4% d'usage des méthodes modernes et 6.6% des méthodes traditionnelles par les femmes en union. Celui de l'Atlantique est de 9.9%, dont 4.7% d'usage de méthodes traditionnelles et 5.2% d'usage des méthodes modernes. Il en résulte donc que le

Couffo surpasse l'Atlantique en pratiques contraceptives modernes. De même, le pourcentage d'utilisation des méthodes traditionnelles de planification familiale par les femmes en union dans le Couffo est de 6.6% sur un total d'usage des méthodes toute catégorie confondue qui s'élève à 17% (EDS, 2011-2012), alors que le pourcentage d'usage de méthodes traditionnelles dans l'Atlantique est de 4.7% sur un total de 9.9%. L'écart entre pratiques contraceptives modernes et pratiques contraceptives traditionnelles est plus important et se manifeste en faveur des pratiques modernes dans le Couffo (3.8%) que dans l'Atlantique (0.5%), selon l'EDS (2011-2012). D'où le choix de l'Atlantique. Le graphique 1 montre le taux de prévalence contraceptive moderne par département au Bénin.

Graphique 1 : Taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne par département selon les EDSB de 2006 et 2011



Source : Plan d'Action planification familiale (2014-2018)

Ce graphique illustre les pourcentages d'utilisation des méthodes contraceptives par département selon EDS (2011-2012). Le tableau IV présente les indices de fécondité par département selon l'EDS (2017-2018).

Tableau IV : Indice synthétique de fécondité par département

départements	Indice synthétique de fécondité
Alibori	6.2
Atacora	6.7
Borgou	6.2
Donga	6.8
Collines	5.4
Zou	5.6
Couffo	5.9
Plateau	5.7
Atlantique	4.9
Mono	5.7
Littoral	4.0
L'Ouémé	5.1

Source : réalisé à partir de l'EDS (2017-2018)

Selon les résultats de l'EDS (2017-2018), l'indice synthétique de fécondité du département de l'Atlantique a baissé et est passé de 5.1 (EDS 2011-2012) à 4.9 (2017-2018) et celui du département de Couffo a augmenté en passant de 5.1 à 5.9 (2017-2018), en rapport avec l'indice national de fécondité qui a augmenté et qui est passé de 4,9 à 5,7 enfants par femme. Toutes ces considérations ont conduit au choix du département de l'Atlantique.

Ce département compte à son tour huit (08) communes à savoir : Toffo, Allada, Zè, Tori-Bossito, Kpomassè, Ouidah, Abomey-Calavi, Sô-Ava, mais c'est la commune de Zè qui a fait l'objet du site de recherche.

2.1.2.2. Critères de choix de la commune de Zè

Nous avons présenté dans cette section les modalités du choix de la commune de Zè.

- **Commune de Zè comme site de la recherche : quand Zè s'invite dans l'analyse du recours aux pratiques de la planification des naissances**

Une comparaison des données (issues du SNIGS, 2018-2019) sur la prévalence contraceptive moderne dans les différentes communes du département de l'Atlantique

montre que la commune de Zè dispose d'un faible pourcentage de femmes adoptantes des méthodes contraceptives modernes (3,30%, d'après le SNIGS : 2018-2019). Des données issues du PDC2 (2013) et du RGPH4, on note qu'en dépit du fait qu'elle soit la commune la plus vaste du département dont elle occupe 19,88% du territoire, avec une superficie de 653 km², la commune de Zè occupe le cinquième rang, du point de vue du poids démographique, après les communes d'Abomey-Calavi, d'Allada, d'Ouidah et de Sô-Ava (RGPH4). Cette commune dispose d'une population de 106 913 habitants dont 51 704 hommes et 55 209 femmes (RGPH4).

Les tableaux V et VI mettent en lumière le taux d'accroissement au niveau des communes du département de l'Atlantique de 1992-2002 et de 2002-2013 d'une part et les effectifs de la population des différentes communes du département de l'Atlantique d'autre part.

Tableau V : Taux d'accroissement naturel par commune dans le département de l'Atlantique

Communes du département de l'Atlantique	Taux d'accroissement naturel entre 1992-2002	Taux d'accroissement naturel entre 2002-2013
Abomey-Calavi	9,3	6,93
Allada	1,76	2,95
Kpomassè	1,34	1,51
Ouidah	1,74	6,83
So-Ava	2,58	3,97
Toffo	2,21	2,7
Tori-Bossito	1,83	2,27
Zè	2,83	3,46

Source : réalisé à partir des données de l'INSAE sur RGPH 2, 3 et 4

En dehors du fait que Zè vient en cinquième position en ce qui concerne le poids démographique, après les communes d'Abomey-Calavi, d'Allada, de Ouidah et de So-Ava (tableau VI, RGPH4), on observe à travers le tableau V que le taux d'accroissement de Zè (taux de natalité/taux de mortalité) est passé de 2.83% à 3.46% (de 2002 à 2013). De façon générale, on observe une évolution des taux en deux

tendances d'après le tableau V. De 1992-2002 à 2002-2013: on a deux (02) communes qui possèdent d'importants taux d'accroissement naturels à savoir : Abomey-Calavi (6.93%), Ouidah (6.83%) et six (06) communes qui possèdent des taux d'accroissement inférieurs à 4% On a : Zè (3.46%), Tori-Bossito (2.27%), Toffo (2.70%), Allada (2.95%), Kpomassè (1.51%), Sô-Ava (3.97%). En dépit du fait que la commune d'Allada possède une population (passant de 91778 à 127493, d'après le tableau VI) supérieure à celle de Zè (passant de 72814 à 106962, d'après le tableau VI), cette commune a un taux d'accroissement inférieur à celui de Zè. Ceci peut s'expliquer par les flux migratoires vers Allada, que les taux d'accroissement ne prennent pas en compte. En dehors de cette commune, on observe que le taux d'accroissement de Zè (3.46%) est supérieur à celui des communes telles que : Tori-Bossito (2.27%), Toffo (2.70%), Kpomassè (1.51%). Mais, notons que Zè se particularise et se distingue de ces communes, en ce sens que dans la commune de Zè, on observe qu'en dépit de l'hyper médiatisation de l'offre contraceptive biomédicalisée disponible et promue par les praticiens de la santé publique et des Organisations Non Gouvernementales (ONG) telles que : ABPF, ABMS-PSI, on observe des réponses sociales que les acteurs développent au cours de leurs trajectoires génésiques. Ces réponses se traduisent en des recours aux pratiques contraceptives locales et aux micro-stratégies que les femmes confient, avoir développé souvent pour gérer leur fécondité au cours de leurs expériences génésiques et qui participent à la maîtrise de leur fécondité, dans ce milieu. Le tableau VI présente les effectifs au niveau des communes de l'Atlantique, dans le but d'apprécier le poids démographique de chacune d'elle.

Tableau VI : Effectifs de la population par commune dans l'Atlantique issus des RGPH 3 et 4

Communes de l'Atlantique	Effectif total de la population en 2002	Effectif total de la population en 2013
Abomey-Calavi	307745	656 358

Communes de l'Atlantique	Effectif total de la population en 2002	Effectif total de la population en 2013
Allada	91778	127 512
Ouidah	76555	162 034
Sô-Ava	76315	118 547
Toffo	74717	101 585
Zè	72814	106 913
Tori-Bossito	44569	57 632
Kpomassè	57190	67 648

Source : INSAE, RGPH 3 et 4, 2002, 2013

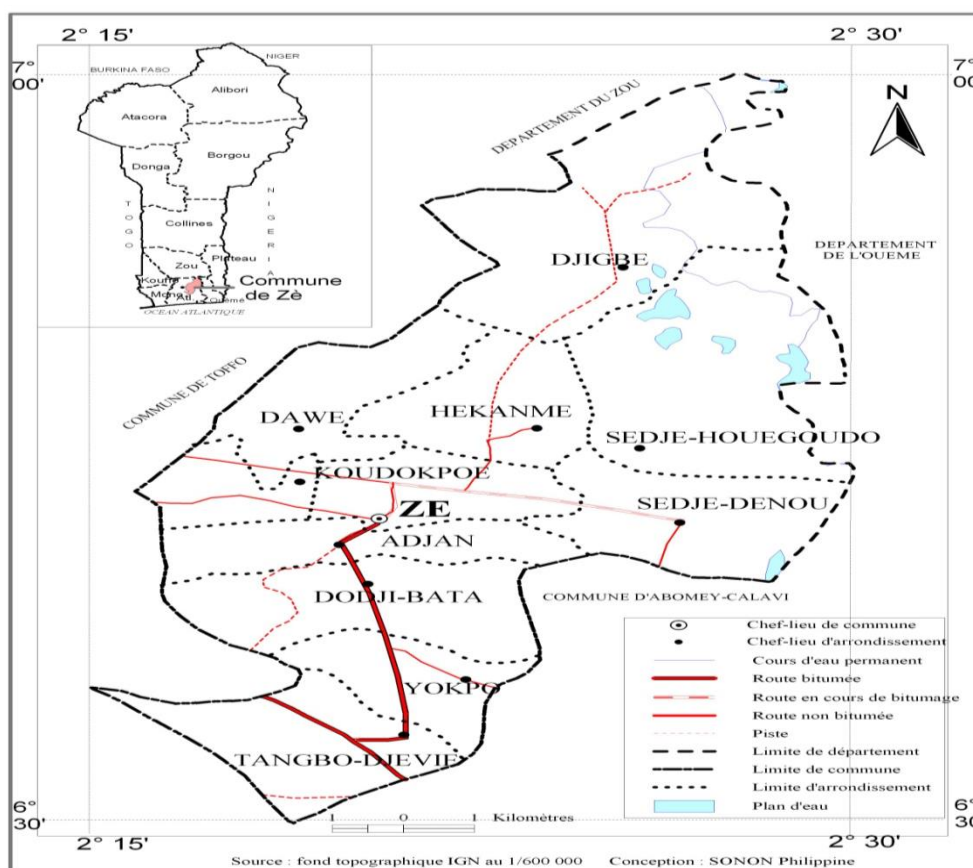
Le tableau VI présente les effectifs des communes du département de l'Atlantique. Il résulte de ces chiffres que la commune de Zè occupe la sixième position en ce qui concerne le poids démographique (RGPH3) et occupe la 5^e place selon les données du RGPH4, malgré le fait qu'elle occupe la plus grande superficie dans ce département. Mais comme évoqué ci-dessus, en dehors du fait que Zè fait partie des communes ayant les plus faibles poids démographiques (devant les communes de Toffo, Tori-Bossito, Kpomassè), cette commune apparaît comme le cadre privilégié pour la présente étude en ce sens qu'on observe une prédominance du recours aux pratiques locales et au savoir-faire contraceptifs, en dépit de l'offre contraceptive biomédicalisée disponible.

- **Limites et caractéristiques socio-démographiques de la commune de Zè**

La commune de Zè est située au sud du Bénin, dans le département de l'Atlantique. En ce qui concerne les limites de la commune de Zè, elle est limitée au Nord par les communes de Zogbodomey et de Toffo ; au Sud par les communes d'Abomey-Calavi et de Tori-Bossito ; à l'Est par les communes d'Adjohoun et de Bonou ; à l'Ouest par la commune d'Allada. La carte 1, présente la commune de zè dans le Bénin et les

différents arrondissements de la commune, en vue de faciliter une visualisation du site de la recherche dans le Bénin.

Carte 1: situation géographique de la commune de Zè dans le Bénin et ses arrondissements



Source : Fond topographique IGN

La commune de Zè possède une densité moyenne de 112hts/km², qui est d'ailleurs la plus faible du département de l'Atlantique. Les arrondissements de Zè-centre, Tangbo-Djèvié, Dodji-Bata, et de Hèkanmè concentrent l'essentiel de la population environ 51,01 %, tandis que Djigbé (5,04 %) et Dawé (5,26 %) sont ceux qui sont les moins peuplés. La population est dominée par le groupe ethnique "aïzo" qui, ajouté aux "ouèmènou" font 97,4 % de la population. Viennent ensuite les *yoruba* (1 %), les *adja* (0,8 %) et d'autres ethnies (0,8 %). L'imaginaire symbolique et social est animé par

plusieurs pratiques religieuses. Les religions les plus pratiquées sont les religions endogènes, le christianisme et assimilés et l'islam. En effet, « la pratique religieuse est dominée par le fait culturel vodoun (47,1 %). On y rencontre aussi les catholiques (21,4 %), les protestants (3,2 %), les musulmans (2,4 %) et des évangéliques et chrétiens célestes » (SDAC, 2014). Les pratiques religieuses sont en effet, dominées par les pratiques religieuses endogènes, où on observe un nombre important de couvents et de temples de diverses divinités. Les religions endogènes étant les religions dominantes à Zè, cette situation influence dans une certaine mesure, les pratiques contraceptives en matière de planification des naissances. A cet effet, les acteurs développent des réponses sociales, pour gérer leur fécondité au cours de leurs trajectoires génésiques. Ces réponses consistent en la sollicitation des pratiques locales (usages de bagues magico-religieuses, amulettes, décoctions de feuilles etc) et des micro-stratégies, en lien avec leurs savoirs et savoir-faire (Olivier de Sardan, 1990), malgré la présence effective de l'offre contraceptive biomédicalisée. Les tableaux VII et VIII, mettent en évidence les proportions dans lesquelles les femmes adoptent les méthodes contraceptives biomédicalisées, dans les zones sanitaires du département de l'Atlantique, d'une part et dans les communes de la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè, d'autre part, au cours de quatre (04) années successives. Ceci permet de mettre en évidence l'usage de ces méthodes, par les femmes dans la commune de Zè, en vue d'apprécier les proportions dans lesquelles, ces femmes sollicitent les méthodes contraceptives biomédicalisées, dans le but de mieux appréhender l'ancrage des réponses sociales que les ménages développent, face à cette offre. Le travail présente aussi, le taux de prévalence contraceptive dans la zone sanitaire : Allada-Toffo-Zè et le taux de prévalence contraceptive dans chaque commune de cette zone sanitaire de 2015 à 2018 (tableau VIII).

2.1.3. Faible usage des méthodes contraceptives biomédicalisées dans la commune de Zè comme indicateur du choix du site

Le tableau VII présente le nombre de femmes utilisatrices des méthodes contraceptives biomédicalisées dans les trois (03) zones sanitaires du département de l'Atlantique de 2015-2018.

Tableau VII : Statistiques sur le nombre de femmes utilisatrices des méthodes contraceptives/par zone sanitaire du département de l'Atlantique de 2015-2018

Commune/ZS	2015	2016	2017	2018
Abomey-Calavi (Com)	8519	9651	16085	14031
So-Ava	379	376	488	783
ZS: Abomey-Calavi-So-ava	8898	10027	16573	14814
Allada	656	1505	1251	2083
Toffo (Com)	196	1163	1560	1648
Ze (Com)	285	367	576	840
ZS: Allada-Toffo-Zè	1137	3035	3387	4571
Ouidah	1801	2847	2827	2862
Kpomasse (Com)	201	409	1274	1137
Tori-Bossito	196	271	676	1307
ZS: Ouidah-Kopmassè-Tori-Bossito	2198	3527	4777	5 306
Données ABPF pour le département	6709	17300	3888	38
ATLANTIQUE	18 942	33 889	28 625	24 729

Source : réaliser à partir des données issues du SNIGS 2018-2019

Des données issues du tableau VII, on constate qu'au niveau des trois zones sanitaires du Département de l'Atlantique : Abomey-Calavi-So-Ava, Allada-Toffo-Zè, Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito, seule la zone sanitaire : Abomey-Calavi-So-ava possède un nombre important de femmes utilisatrices de produits contraceptifs modernes ; soit : 14.814 femmes, en 2018. Viennent ensuite, les zones sanitaires : Ouidah-Kopmassè-Tori-Bossito, avec 5 306 de femmes utilisatrices de produits contraceptifs biomédicalisés et Allada-Toffo-Zè avec 4571 de femmes utilisatrices de produits contraceptifs. On en déduit que, c'est seulement dans la zone sanitaire Allada-Toffo-

Zè, que les femmes sollicitent moins les produits contraceptifs biomédicalisés, comparativement aux deux autres zones sanitaires.

Le tableau VIII constitue une illustration typique, parmi tant d'autres des cas de femmes adoptantes des méthodes biomédicalisées de planification des naissances dans les trois communes de la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè. Ce tableau renseigne aussi sur le nombre de femmes ayant adopté les produits contraceptifs modernes dans la commune de Zè. Le taux de prévalence contraceptive dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè, sur quatre années successives, est aussi consigné dans le tableau VIII).

Tableau VIII : Taux de prévalence contraceptive par commune dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè de 2015 à 2018

Commune/Zs	Nombres de femmes utilisatrices de pf moderne				Taux de prévalence contraceptive			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Allada	656	1505	1251	2083	2,40%	5,40%	4,10%	6,80%
Toffo	196	1163	1560	1648	0,90%	5,20%	6,40%	6,80%
Zè	285	367	576	840	1,30%	1,60%	2,30%	3,30%
ZS:Allada-Toffo-Zè	1137	3035	3387	4571	1,60%	4,10%	4,20%	5,70%

Source : réalisé à partir du SNIGS 2018-2019

Les résultats issus du tableau VIII révèlent que le taux de prévalence contraceptive en 2018 est de 5,70% dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè. Toutefois, la commune de Zè n'affiche que 3,30%, comme taux de prévalence contraceptive, contrairement à Allada et Toffo qui possède chacun le double de celui de Zè, soit 6,80%. On peut déduire de ces résultats que ce taux de prévalence contraceptive moderne, qui est inférieur à celui des deux autres communes, peut s'expliquer par le recours à d'autres

formes de procédés contraceptifs par les acteurs au cours de leurs trajectoires génésiques.

Le tableau IX présente les méthodes biomédicalisées sollicitées au cours des six derniers mois de l'année 2019.

Tableau IX : méthodes biomédicalisées sollicitées au cours des six derniers mois de l'année 2019

Femmes adoptantes des méthodes modernes à Zè	Année 2019
Femmes ayant adopté CI	117
Femmes, ayant adopté CO	12
Femmes ayant adopté les implants	30
Femmes, ayant adopté le DIU	1
Total des adoptantes	160

Réalisé à partir des informations du registre de décompte SMI/PF/NU/CSCOM-ZE 2019

Il ressort des données issues du tableau que, seulement 160 femmes ont utilisé les produits contraceptifs biomédicalisés sur l'ensemble de la population féminine qui pratique le centre de santé communal au cours des six derniers mois de l'année 2019. Cette faible proportion vient confirmer davantage les conclusions des tableaux VII et VIII.

Par ailleurs, le travail a pris en compte aussi l'évolution des naissances par commune dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè de même que l'évolution des décès maternels et néotonaux. Ceci a permis d'appréhender le rapport qui peut exister entre les pratiques contraceptives et l'évolution des naissances de 2015 à 2018. Les tableaux X et XI renseignent sur l'évolution des naissances vivantes, les cas de décès maternels et néonataux par commune, dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè, sur quatre années successives (de 2015 à 2018). Ces années sont considérées comme des exemples, parmi tant d'autres, pour apprécier l'influence des pratiques contraceptives sur la

variation des naissances, des décès maternels, néonataux et infantiles. Le tableau X présente l'évolution des naissances vivantes par commune dans cette même zone sanitaire.

Tableau X : Evolution des naissances vivantes par commune dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè

Commune/Zs	Naissances			
	2015	2016	2017	2018
Allada	3350	3738	3970	4635
Toffo	2786	3290	3755	3967
Zè	2391	2473	2812	3056
ZS : Allada-Toffo-Zè	8527	9501	10537	11658

Source : réalisé à partir du SNIGS 2018-2019

Des informations issues du tableau X, on constate que sur le total de naissances vivantes dans cette zone sanitaire, soit 11658, le nombre de naissances vivantes dans la commune de Zè est inférieur à celui des deux autres communes, soit 3056 naissances vivantes, au cours de l'année 2018. On peut en déduire qu'il y a une certaine maîtrise de la fécondité dans cette commune comparativement aux deux autres communes, ou bien, qu'il y a plus de décès d'enfants à la naissance, dans la commune de Zè. Le tableau XI montre l'évolution des décès maternels et néonataux par commune dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè.

Tableau XI : Evolution des décès maternels et néonataux par commune dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè

Commune/Zs	Décès néonataux (< 7 jours)				Décès maternels			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Allada	12	32	13	1	2	1	2	2
Toffo	22	59	13	13	3	2	1	2

Zè	0	2	1	1	0	2	1	2
ZS:Allada-Toffo	34	93	27	15	5	5	4	6
Zè								

Source : réalisé à partir du SNIGS 2018-2019

Des informations issues du tableau XI, on constate que de 2015 à 2018, le nombre de décès d'enfants à la naissance dans la commune de Zè est inférieur à celui des communes d'Allada et de Toffo. En effet, le nombre de décès d'enfants à la naissance en 2015 est égal à zéro (0), contrairement à celui d'Allada qui est de douze (12) décès et celui de Toffo qui est de vingt-deux (22) décès. De même, le nombre de décès d'enfants à la naissance, dans la commune de Zè, en 2016, est deux (2) décès, contrairement à celui d'Allada qui est de trente-deux (32) et celui de Toffo qui est de cinquante-neuf (59). On peut donc conclure que le nombre de naissances vivantes constaté à Zè, à travers le tableau précédent et qui est inférieur à celui des deux autres communes, n'est pas lié à des cas importants de décès d'enfants à la naissance dans la commune de Zè. Ceci peut s'expliquer par une certaine maîtrise de la fécondité dans la commune de Zè. Cette « tentative » de maîtrise de la fécondité, comme on l'a constaté au niveau du tableau X, peut être liée dans une grande mesure, aux pratiques contraceptives locales, aux micro-stratégies que les acteurs développent au quotidien pour gérer la fécondité au sein du couple, puisqu'on observe un faible recours aux produits contraceptifs biomédicalisés : 3,30% (tableaux VII et VIII).

2.2. Méthodes de travail et techniques de collecte de données

La présente recherche a sollicité plusieurs « stratégies » pour ne pas « tomber » dans le piège des « écueils méthodologiques », dans le but de faire un travail respectant les « exigences » scientifiques qu'il faut. Elle a fait appel aussi à une série de techniques et outils de collecte de données.

2.2.1. Difficile neutralité scientifique : le jeu de « dédoublement⁹ » du chercheur comme porte de « sortie »

Travailler sur une thématique sensible telle que la gestion de la fécondité a suscité en nous une foule d'interrogations à savoir si nous allons réussir à être neutre dans nos échanges avec nos interlocuteurs, sans susciter la honte et la gêne ? Notre statut de femme abordant une thématique faisant appel aux faits et pratiques liés à la sexualité a augmenté quelque peu nos « inquiétudes ». En effet, les codes de la bienséance sociale, recommandent aux femmes dans l'univers social de recherche, de ne pas aborder les questions liées à la sexualité, comme si ces questions relevaient du banal. Il s'avère donc nécessaire pour nous, jeune chercheur, de ne pas ignorer ces aspects. Mais au fur et à mesure que la recherche avançait, nous faisons fréquemment appel à une « rhétorique allusive et métaphorique », qui permettait de « déritualiser » les concepts se rapportant aux faits sexuels. Ayant constamment à l'esprit ce piège, qui guette constamment la qualité de la recherche, nous avons réussi à surmonter les obstacles de neutralité et autres obstacles d'ordre épistémologique tout au long de la réalisation de cette recherche. A cet effet, la recherche a mobilisé un certain nombre de techniques et outils de production de données, qui sont utilisés dans le cadre d'une recherche qualitative. De façon spécifique, on a :

2.2.2. L'entretien

La technique d'entretien a permis de faire des entretiens individuels auprès des diverses catégories d'acteurs lors de la collecte des informations. Cette technique a permis de réaliser, de façon précise, des entretiens individuels libres, des entretiens de groupe, des entretiens individuels semi-directifs (formels et informels), auprès des diverses catégories d'acteurs concernées par la recherche : les dignitaires religieux et

⁹ L'objet de recherche en sciences sociales est différent de l'objet de recherche au niveau des sciences exactes. Ici, l'objet porte sur l'homme et non sur une matière physique. Le chercheur que nous sommes étant aussi un être humain, nous avons dû nous « dédoubler », en observant une certaine distanciation et une certaine neutralité pour éviter que notre recherche ne soit entachée de biais.

les *amanwato* ou guérisseurs traditionnels, les autorités communales, les PTF et autres promoteurs de la planification des naissances. De façon spécifique, à l'aide d'un guide d'entretien, des entretiens individuels semi-directifs sont faits auprès des PTF (FNUAP), du personnel du service de la planification familiale du Ministère de la Santé, des associations et promoteurs de la planification familiale (ABMS-PSI, ABPF, etc.), pour prendre connaissance du contenu de leurs interventions et comprendre les logiques qui sous-tendent l'offre biomédicalisée de planification des naissances. Des entretiens individuels libres, sont effectués au sein des ménages auprès des pères et mères, dans le souci de disposer des informations sur les types de pratiques contraceptives auxquelles ils ont recours au cours de leurs trajectoires génésiques et pour comprendre et analyser les mobiles qui sous-tendent la nature du recours. Ces échanges ont permis de recueillir des données biographiques et des histoires de vie qui rendent compte de l'histoire sociale des ménages en matière de pratiques de planification des naissances.

Des entretiens individuels semi-directifs formels sont faits auprès des autorités communales à l'aide d'un guide d'entretien pour prendre connaissance de leurs perceptions sur les pratiques de la planification des naissances et les actions qu'elles mènent en direction des ménages. Les entretiens libres sont faits auprès des dignitaires religieux et des guérisseurs traditionnels, pour prendre connaissance des procédés et savoir-faire en matière de pratiques contraceptives locales dans ce milieu et apprécier leurs perceptions sur ces diverses pratiques.

2.2.3. L'étude documentaire

Elle a permis la production des données documentaires à travers les registres de santé qui renseignent sur la fréquence de sollicitation de l'offre contraceptive biomédicalisée par les ménages, les types de services que les acteurs sollicitent en matière de planification familiale. Elle a favorisé aussi l'obtention d'informations documentaires

d'ordre général sur les pratiques contraceptives d'espacement et de limitation des naissances. Ainsi, nous avons parcouru les centres de documentation du (Campus numérique), de l'Institut français, du Ministère de la Santé (du Service de planification familiale de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant), de l'ABPF, de L'ABMS-PSI, de l'Institut National de Promotion de la Femme, du CAEB, du LARRED, de l'INSAE, du centre de recherche numérique, les classiques des sciences sociales de l'Université de Ottawa au Canada. A l'aide d'une grille de lecture, les informations sont collectées et traitées suivant les centres d'intérêts de la présente recherche.

2.2.4. De l'observation immédiate à l'observation analytique : les limites de l'observation autour des faits liés à la sexualité

Dans ce paragraphe, la tâche consiste à montrer dans un premier temps, la nécessité d'aller au-delà de l'observation immédiate, celle des premiers contacts pour « toucher du doigt » la réalité empirique. Ensuite, elle consiste à mettre en lumière les limites de l'observation dans des recherches qui portent sur des questions liées aux faits sexuels. En effet, tout travail scientifique exige de la part du chercheur d'aller au-delà des faits immédiats, de l'observation immédiate. Car :

« [...] C'est ainsi contre lui-même que l'esprit scientifique doit lutter pour atteindre un objet d'étude qui ne lui est jamais donné, mais qu'il doit toujours en quelque sorte construire par une remise en question permanente, au-delà de l'expérience première, au-delà de ses affects et de ses motivations simplement humaines, au-delà de la propension à imaginer le monde tel que nous voulons le vivre [...] » (Dantier, 2004 : 03).

C'est dire donc que la réalité sociale n'est jamais donnée aux premiers abords. De l'observation flottante, le présent travail a transcendé « l'empirie immédiate » (Bachelard, 1967). C'est ainsi que grâce à l'observation directe et analytique (Melhuus, 2002), les séances de causerie autour de l'importance de la planification, les

consultations pré-natales et les séances de vaccinations des nouveaux-nés ont permis d'appréhender les attitudes et pratiques des agents de santé, sur comment ils font la promotion des méthodes biomédicalisées de planification des naissances. De même, par des observations au sein des ménages, les catégories d'acteurs qui entrent en jeu lors du processus qui conduit aux décisions de planifier les naissances et au choix de la nature des méthodes, sont constituées. De plus, nous avons documenté aussi, les scènes de ménages qui tournent autour des décisions du choix de la nature de la méthode, pour la planification des naissances. Or, au départ nous avons voulu observer seulement les séances de causeries sur la planification des naissances au sein des centres de santé. Les observations approfondies et les interactions avec les diverses catégories d'acteurs ont servi à modifier nos hypothèses de départ (Olivier de Sardan, 2007). En effet, les observations et « [...] l'enquête de terrain doivent se donner pour tâche de faire mentir le proverbe bambara « l'étranger ne voit que ce qu'il connaît déjà » (Olivier de Sardan, 2007 : 37).

C'est sur cette base que le travail a évolué de façon processuelle, avec de temps en temps des réajustements, en un va-et-vient permanent entre les discours et les pratiques, entre ce qui est dit et ce qui est fait concrètement (non pas dans l'immédiat), mais dans la longue durée. Ce va-et-vient permanent entre les discours et les pratiques, a conduit à l'élargissement du champ d'étude. Nous avions prévu de faire des observations fondamentalement dans le centre communal de santé qui regroupe les gammes de méthodes contraceptives biomédicalisées, mais la faible fréquentation observée au niveau du centre de santé, en ce qui concerne le recours aux méthodes contraceptives médicalisées, l'écart constaté entre les discours et les pratiques, ont orienté la recherche autrement. Ce constat fait, a conduit à la prise en compte d'autres unités d'observations telles que les espaces domestiques.

Il faut souligner que les observations sont limitées au cadre médical et aux espaces familiaux accessibles. Cela a permis de prendre connaissance des acteurs entrant dans

le processus décisionnel en termes de planification des naissances, car faut-il le rappeler, les études sur la fécondité font appel aux faits sexuels, à l'intimité des individus qui ne se laissent souvent pas à voir. Le travail s'est limité alors aux discours des acteurs sur leurs pratiques sexuelles, en matière de planification des naissances et aux aspects qu'on peut observer. Mais, le travail est allé au-delà du discours pour apprécier dans la pratique, tous les référents sociaux qui entrent en ligne de compte, ainsi que les acteurs qui entrent en jeu, lorsqu'il s'agit de prendre la décision de planifier les naissances. De même, nous avons adopté la même attitude pour mieux apprécier les modalités qui sont prises en compte par les couples lorsqu'il s'agit de choisir la nature de la pratique contraceptive pour la planification des naissances.

De façon succincte, les unités d'observation suivantes sont prises en compte par la recherche en partant d'une observation directe non participante.

-Le centre de santé communal où a lieu les séances de causeries (où les patientes viennent à compte goutte, lorsqu'il s'agit d'adopter une méthode contraceptive).

-Les espaces domestiques qui ont permis de surprendre quelques moments de « débats » qui mettent en exergue les principaux acteurs qui décident de la planification des naissances.

-Les espaces domestiques qui ont mis en lumière : parfois des cas de scènes au sein des ménages qui tournent autour des décisions du choix de la nature de la méthode à utiliser pour la planification des naissances. Des cas de disputes « violentes », entre conjoints ayant pour cause le recours aux méthodes contraceptives biomédicalisées à l'insu du conjoint.

2.3. Populations cibles, techniques d'échantillonnage et localités parcourues

Cette section comprend les techniques d'échantillonnage, les variables et centres d'intérêt au cœur de la recherche et les localités qui sont prises en compte lors de la recherche sur le terrain.

2.3.1. Techniques d'échantillonnage et critères du choix des catégories d'acteurs rencontrés

2.3.1.1. Techniques d'échantillonnage et catégories d'acteurs rencontrés

La recherche étant de nature qualitative, nous avons sollicité les techniques non probabilistes comme techniques d'échantillonnage. De façon précise, les techniques d'échantillonnage par quotas et le choix raisonné ont permis de choisir les catégories d'acteurs rencontrés. Les dignitaires religieux (prêtres des églises du christianisme et assimilées, les prêtres des religions endogènes), les guérisseurs traditionnels sont identifiés par choix raisonné. Les catégories d'acteurs tels que les PTF et autres acteurs étatiques et/ou non étatiques (promoteurs ABPF, promoteurs ABMS-PSI, personnel du ministère de la santé du service de la planification familiale etc.), sont aussi sélectionnés par choix raisonné, de même que les autorités communales. Ces catégories d'acteurs sont choisies par choix raisonné, à cause de leur profil et de leur pertinence pour la recherche.

Par contre, les ménages (pères et mères d'enfants) sont identifiés par la technique d'échantillonnage par quotas. Les ménages à Zè sont sous forme d'agglomération où la vie en communauté prédomine, cela a été facile de les sélectionner en partant des quotas. Cette technique a permis d'insister sur les variables telles que le sexe (les pères et mères d'enfants), le groupe ethnique (les aïzo de Zè et les ouémènou), l'âge, la religion (religions endogènes et celle judéo-chrétienne), l'instruction (individus non instruits et individus instruits), dans le but d'apprécier ce que ces divers acteurs, pensent de la planification des naissances et les mobiles qui conditionnent le choix de la nature de la méthode contraceptive. Puisque la recherche a pris essentiellement en compte, les groupes ethniques aïzo et ouémènou, la technique d'échantillonnage par quotas est sollicitée ici pour sélectionner les ménages (les pères et les mères d'enfants) par quotas selon le groupe ethnique. Il faut rappeler que, selon SDAC (2014), la

population de la commune de Zè « est dominée par le groupe ethnique "aïzo" qui ajouté aux "ouèmènou" font 97,4 % de la population. Viennent ensuite les yoruba (1 %), les adja (0,8 %) et d'autres ethnies (0,8 %) » (SDAC, 2014 : 11). La recherche est basée sur les 97% de aïzo et de ouémènou. A partir des 97% de aïzo et ouémènou, les quotas des ménages sont constitués, suivant leur religion, leur sexe, leur âge etc. Il faut souligner que plusieurs religions cohabitent dans la commune de Zè : les religions endogènes et celles dites révélées. On observe les religions endogènes dans une grande proportion (47,1%). On y rencontre aussi les catholiques (21,4%), les protestants (3,2%), les musulmans (2,4 %) et les évangéliques et chrétiens célestes (25,9%). Les catholiques, ajoutés aux évangélistes et autres religions assimilées donnent une proportion de (47,3%). En ce qui concerne la répartition par sexe, la commune de Zè compte 52,1% de femmes et 47,9% d'hommes (SDAC, 2014 :11). Pour prendre en compte les critères de représentativité dans la constitution des échantillons, les quotas des ménages sont constitués en tenant compte de ces proportions. La constitution des échantillons de ménages s'est faite aussi suivant le sexe en se basant sur les proportions par sexe de la population mère : soit 52,1% de femmes et 47,9% d'hommes (SDAC, 2014 :11). La taille de chaque échantillon est arrêtée à saturation des données par thématique et centre d'intérêt, après triangulation des données recueillies auprès de chaque catégorie d'acteurs rencontrés. Ce qui a permis d'obtenir une taille au niveau de chaque échantillon et d'obtenir aussi la taille totale qui est de 218 interlocuteurs (soit 441 entretiens individuels et de groupe avec plusieurs entretiens approfondis auprès des mêmes catégories d'acteurs). Il faut ajouter que la collecte des données est étendue sur plusieurs années (six ans), avec des périodes intercalées de pauses, de dépouillement manuel (grâce au logiciel word et Microsoft Excel) de synthèse journalière, hebdomadaire et générale. Certaines variables sont au fur et à mesure éliminées des guides d'entretien, dès qu'on observe une saturation au niveau de ces variables, selon les échanges auprès des diverses catégories d'acteurs

concernés par lesdites variables. De nouvelles variables apparaissaient et sont documentées dans le but d'approfondir certains aspects de la recherche, auprès de certaines catégories d'acteurs. De même, dans le but de disposer des informations quantifiées pour mieux apprécier certains aspects de la recherche, le travail a fait appel au procédé de recension de certaines variables et à la quantification desdites variables. Ceci a permis par exemple de dégager les proportions dans lesquelles certaines pratiques et procédés contraceptifs sont sollicités selon le sexe, l'instruction, la nature du ménage, de même que les procédés contraceptifs sollicités simultanément et leurs proportions, l'intervalle intergénéral, l'âge au premier enfant, pour deux tranches d'âge différents etc.

2.3.1.2. Critères du choix des tranches d'âge des interlocuteurs

Il faut préciser que l'échantillon est composé de deux catégories d'individus : les individus dont l'âge est compris entre [18 ans ; 45 ans] et ceux dont l'âge est compris entre [45 ans ; +]. Le présent travail a pris en compte les individus dont l'âge est compris entre [18 ans ; 45 ans] (exclure les individus ayant un enfant) et les individus dont l'âge est compris entre [45 ans ; +], pour échanger fondamentalement avec les individus ayant au moins deux enfants, dans le but d'apprécier la corrélation entre l'évolution de la structure des ménages et de la taille des ménages d'une part, et l'évolution de la structure des ménages et l'intervalle intergénéral, d'autre part. C'est aussi dans le but d'apprécier l'évolution de la structure des ménages (type polygamique et type monogamique) et les formes de mutations et les transitions possibles observées etc. Ce sont ces raisons qui ont conduit au choix de deux cohortes d'individus appartenant à deux tranches d'âge différents. Il faut préciser que ces catégories d'acteurs sont composées uniquement des pères et des mères (ayant au moins deux enfants). De plus, la recherche a pris en compte d'autres éléments tels que les pratiques les plus sollicitées en fonction du type de ménage et selon le niveau d'instruction (individus instruits et individus non instruits). Le tableau XII résume la

liste des catégories d'interlocuteurs auprès desquels la recherche est menée avec les critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau XII : Critères de choix des interlocuteurs

Catégorie de cible	Effectifs	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
-Ménages (mères/pères d'enfants)	340 entretiens individuels et de groupe, avec des entretiens approfondis.	-Etre en union	-Etre divorcé
-Pères/mères (individus de la première tranche d'âge)	-	-Avoir au moins deux enfants -Etre âgé de [18 ; 45ans]	-Etre à son premier geste
-Pères/mères (individus de la deuxième tranche d'âge)	-	-Avoir au moins deux enfants -Etre âgé de [45 ans ; +]	
-Dignitaires religieux (prêtres des religions animistes/religion judéo-chrétienne/assimilés)	46 entretiens individuels	-Etre originaire du milieu de recherche	Ne disposant pas de connaissance en lien avec la planification des naissances
-	-	-Etre détenteur de connaissance en lien avec la planification des naissances	-
-	-	-Avoir vécu des expériences en lien avec la planification des naissances	-
-Guérisseurs traditionnels	39 entretiens individuels et de groupe	-Etre intervenu dans le domaine de la planification familiale	-N'intervenant pas sur l'aire géographique retenue pour la recherche

Catégorie de cible	Effectifs	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
-PTF/Promoteurs de la planification familiale	14 entretiens individuels	-Être intervenu dans le domaine de la planification, dans la zone de recherche	-N'avoir jamais mené une intervention en direction de la communauté ciblée
-Les autorités communales	02 entretiens individuels	-Avoir mené des actions publiques en matière de la planification des naissances	-N'avoir jamais mené une action en direction de la cible prise en compte par la recherche
Total	441 entretiens individuels et de groupe	-	-

Source : réalisé à partir des données de terrain, 2013-2019

Le tableau XII résume les catégories d'acteurs rencontrés. Il présente les critères de choix de ces diverses catégories d'acteurs, de même que les critères d'exclusion par catégories d'acteurs à enquêter.

2.3.1.3. Centres d'intérêts/variables documentés

- **Variables**

Les variables retenues par la recherche sont : le groupe ethnique, la religion, les caractéristiques sociodémographiques notamment le sexe, l'âge, l'instruction, la situation matrimoniale, les catégories socio-professionnelles etc.

- **Centres d'intérêt**

La recherche s'est effectuée autour d'une série de centres d'intérêt dont certains sont mentionnés dans cette partie du travail.

-Les repères sociaux en matière de gestion de la fécondité, les logiques sociales autour des pratiques contraceptives, les trajectoires génésiques des acteurs, les normes et croyances en lien avec la procréation, le symbolisme autour des naissances, les pratiques sociales et/ou stratégies individuelles de planification des naissances, le

processus décisionnel et les référents sociaux conduisant au choix de la nature de la méthode à adopter, sont documentés. Le choix des différentes catégories d'acteurs a permis de documenter tous ces aspects cités ci-dessus. Il a conduit aussi à prendre connaissance des sémiologies, discours et anecdotes relatifs à la procréation, aux naissances rapprochées et les discours en lien avec l'usage des méthodes biomédicalisées.

- L'histoire sociale des pratiques contraceptives locales et les micro-stratégies individuelles développées au cours des trajectoires génésiques des couples et qui participent à la gestion de la fécondité au sein des couples, la nosologie des plantes sollicitées, les rituels et les divinités impliquées dans la composition des recettes contraceptives, les perceptions des acteurs en rapport avec la planification des naissances et en rapport avec les méthodes contraceptives (biomédicalisées et locales). Les interdits et les effets de l'usage des procédés contraceptifs locaux sur la fécondité, ont fait partir aussi des centres d'intérêt de ce travail.

- Les politiques et interventions publiques en faveur de la planification familiale, les méthodes contraceptives promues, les attitudes des acteurs vis-à-vis de l'offre contraceptive biomédicalisée, les données sociodémographiques disponibles, les attitudes et discours des promoteurs, lors de la promotion de l'offre contraceptive biomédicalisée, sont aussi documentés.

2.3.2. Localités parcourues

Le tableau XIII présente le poids démographique des arrondissements de la commune de Zè entre 2013 et 2015. Il faut souligner que l'expression de la fécondité est très disproportionnelle au sein des ménages des divers arrondissements à Zè. Ce tableau illustre la répartition de la population de Zè par arrondissement, en vue d'apprécier le poids démographique par arrondissement dans cette commune. Il a permis de cibler les arrondissements fortement peuplés, moyennement peuplés et ceux faiblement peuplés.

Ce ciblage a permis de travailler fondamentalement dans les arrondissements à faible poids démographique, à l'exception de l'arrondissement central (qui n'est pas à faible poids démographique), en vue de rechercher et de comprendre, en dehors des flux migratoires, les facteurs qui participent au faible poids démographique dans ces arrondissements.

Tableau XIII : Répartition spatiale de la population de Zè entre 2013 et 2015

Arrondissements	Population en 2013	Population estimée en 2015
Adjan	7 367	8 796
Dawé	5 431	5 183
Djigbé	4 272	4 384
Dodji-Bata	13 362	12 855
Hêkanmè	11 248	12 222
Koundokpoé	8 478	8 778
Sèdjè-Dénou	8 947	7 391
Sèdjè-Houègoudo	7 104	6 492
Tangbo	14 628	12 921
Yokpo	9 173	6 710
Zè-centre	16 903	14 781
Total	106 913	100 513

Source : PDC 2 et RGPH4

Le tableau XIII présente les données statistiques par arrondissement dans la commune de Zè. Ces statistiques renseignent sur le poids démographique dans chacun des arrondissements de la commune. A travers ces statistiques, on observe une certaine variation du poids démographique d'un arrondissement à un autre. La recherche a pris en compte les arrondissements à faible poids démographique, en vue de mieux appréhender les facteurs qui participent à la maîtrise de la fécondité dans ces sites. Ainsi, les arrondissements tels que : Dawé, Adjan, Sèdjè-Dénou, Sèdjè-Houègoudo,

Djigbé, Yokpo, Koundokpoé, sont choisis à cause de leur faible poids démographique, par rapport aux autres arrondissements de cette commune. Par contre, l'arrondissement de Zè-centre est choisi, non pas à cause de son poids démographique, mais à cause de sa proximité avec l'offre contraceptive biomédicalisée (les subventions en méthodes contraceptives biomédicalisées sont envoyées directement par le ministère de la santé dans le centre de santé communal situé dans cet arrondissement, le centre de santé s'approvisionne aussi à partir du dépôt répartiteur situé à Allada, sur budget du centre et les sensibilisations de masse organisées par les ONGs se déroulent souvent dans cet arrondissement). D'où le choix de cet arrondissement. Au total, nous avons parcouru huit (08) arrondissements lors de la recherche. Le tableau XIV résume les critères sur la base desquels la recherche s'est basée pour le choix des arrondissements parcourus lors de la recherche sur le terrain.

Tableau XIV : Arrondissements ciblés et les principaux critères de choix

Arrondissements	Moyennement peuplé	Moins peuplé	Rural	Proximité de l'offre du service contraceptif biomédicalisé avec les ménages
Adjan	X		X	X
Dawé		X	X	
Djigbé		X	X	
Koundokpoé	X		X	
Sèdjè-Dénou	X		X	X
Sèdjè-Houègoudo	X		X	
Yokpo	X		X	
Zè-centre				X

Source : réaliser à partir des données de terrain, 2013-2018

Le tableau XIV renseigne sur les critères les plus pertinents sur la base desquels la recherche s'est basée pour le choix des arrondissements. Le critère de ruralité/urbain nous a permis de disposer des référents sociaux et de l'histoire sociale qui rendent

compte des expériences génésiques des ménages. Le critère de la proximité physique du service de l'offre contraceptive biomédicalisée rend compte aussi fondamentalement des interactions possibles entre les ménages et les acteurs de l'offre biomédicalisée de planification des naissances. Cela permet de savoir si le critère de « proximité physique », implique une « proximité culturelle ou sociale ». Le faible peuplement est considéré aussi comme un critère de choix des arrondissements parcourus. A cet effet, nous avons considéré les arrondissements les moins peuplés et ceux moyennement peuplés par rapport aux arrondissements très peuplés dans le but de mieux apprécier les modalités qui participent du faible peuplement de ces arrondissements, si nous excluons les flux migratoires.

De plus, pour des préoccupations de représentativité, nous avons subdivisé Zè en trois zones, lors de la recherche à savoir :

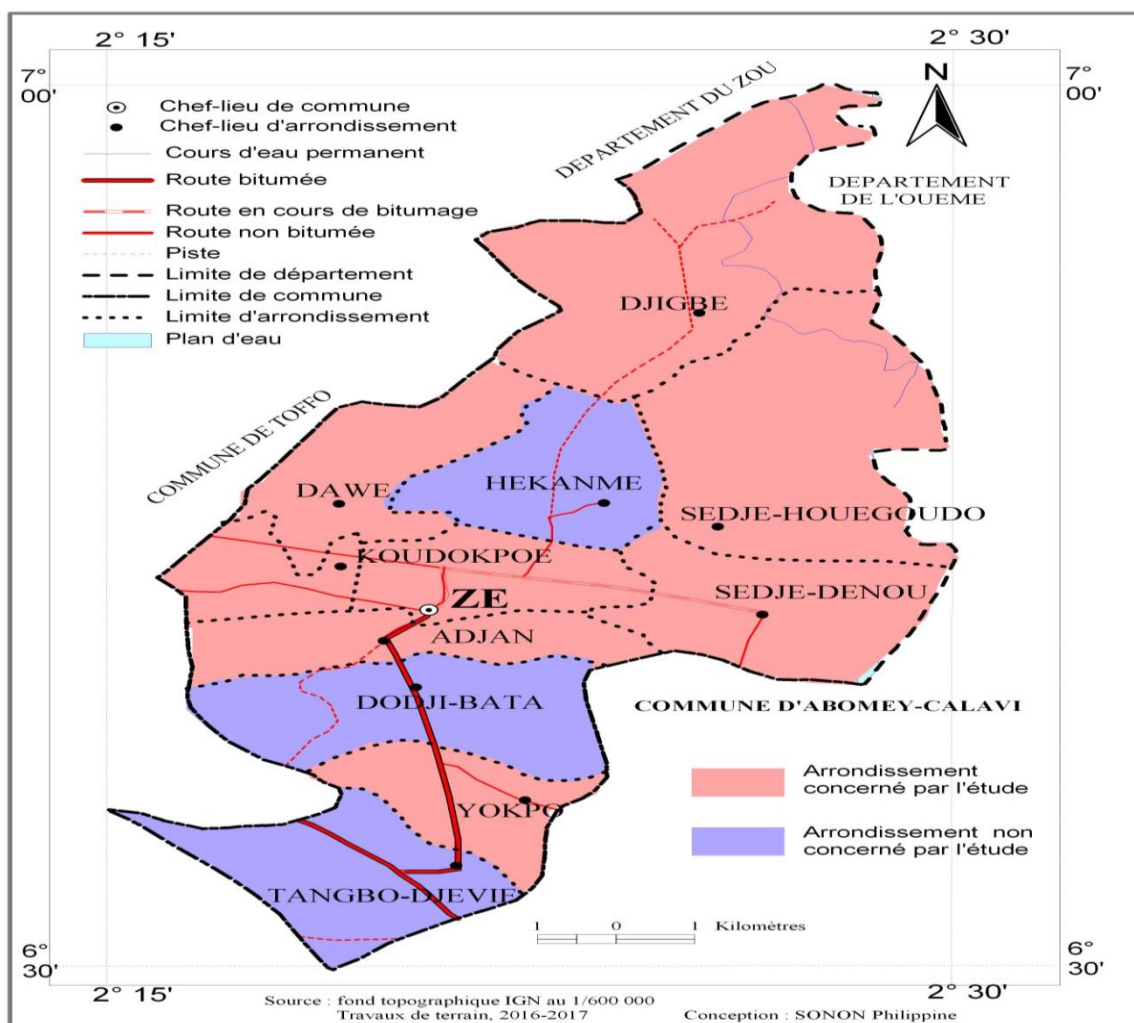
-la zone A : elle part du centre de promotion social et prend en compte les arrondissements de Sèdjè-Dénou, Sèdjè-Houègoudo et de Djigbé.

-la zone B : elle part du marché de Zè-centre en prenant en compte les arrondissements d'Adjan, de Dawé et de Koundokpoé.

-la zone C : elle prend en compte l'arrondissement de Zè-centre (en partant de la mairie de Zè) et l'arrondissement de Yokpo.

La carte 2 présente les localités concernées par la recherche (en rose pale) et celles non prises en compte par la recherche (en violet), en vue de permettre une visualisation cartographique des zones concernées par le phénomène étudié.

Carte 2 : visualisation géographique des zones concernées par la recherche



Source : réaliser à partir du fond topographique IGN et des données de terrain 2016-2017 et 2018-2019

Notons que la recherche n'est pas effectuée dans toute la commune de Zè. En partant des critères du faible poids démographique, de la proximité de l'offre contraceptive biomédicalisée, d'observations des cas de pratiques non biomédicalisées de planification des naissances, la recherche s'est intéressée à certaines localités où le

phénomène se manifeste réellement en dehors de l'arrondissement de Zè-centre, qui est choisi à cause de sa proximité évidente avec l'offre contraceptive biomédicalisée.

2.4. Etapes de la recherche et traitement des données

2.4.1. Etapes et déroulement de la recherche sur le terrain

-Phase exploratoire de collecte de données

La recherche sur le terrain s'est faite de façon discontinue. De Juin 2013 à Septembre 2013, nous avons fait une exploration du terrain, qui a conduit à l'élaboration du protocole de recherche.

-Phase proprement dite de collecte de données

Cette phase exploratoire est suivie d'une phase qui s'est déroulée de Mai 2014 à Décembre 2014. Cette phase est suivie d'un retour du terrain, pour un premier point de thèse, en décembre 2014. Une autre phase s'est déroulée de Septembre 2015 à Décembre 2015, avec un retour du terrain, pour un deuxième point de thèse en Décembre 2015. Elle est suivie d'une phase du terrain qui s'est déroulée de Février 2016 à Mai 2016. Ensuite, une autre phase de terrain de Novembre 2016 à Mars 2017, ayant conduit au dépôt de la première version du document, en Juillet 2017. Une autre phase de terrain s'est déroulée, de Juin 2018 à Juillet 2018 et a conduit à la production de la deuxième version du document. Une dernière phase de terrain s'est déroulée en juin 2019, pour la collecte des données complémentaires, l'actualisation de certaines informations et a conduit au dernier point de thèse en Juillet 2019 et au dépôt de la version finale du document. Ces différentes phases de collecte de données de terrain, sont alternées par des recherches documentaires. Le traitement des données recueillies s'est fait au fur et à mesure que la collecte avançait. Nous avons procédé à des synthèses par entretien, ensuite à des synthèses journalières, hebdomadaires, puis générales, au fur et à mesure que la collecte, avançait. Ceci a permis de dégager les grandes tendances issues de la production des données, de catégoriser les informations

par thématiques majeures et par centres d'intérêt et d'éliminer au fur et à mesure certaines variables, suffisamment documentées.

2.4. 2. Dépouillement, traitement et analyse des données

Les données sont dépouillées de façon manuelle. Après la triangulation des données recueillies au niveau des différentes catégories d'acteurs rencontrés, une catégorisation des thématiques majeures issues du dépouillement s'est faite par centres d'intérêt. Les données sont présentées et analysées dans le Microsoft Word et dans Excel suivant les variables retenues telles que le groupe ethnique ; la religion ; l'évolution de la structure des ménages ; l'évolution de l'intervalle intergénéral entre deux naissances successives ; l'évolution du nombre d'enfants par ménage suivant deux tranches d'âge [18 ; 45 ans] et [45 ans ; +], en considérant les mêmes structures familiales (les foyers monogamiques d'un côté et les foyers polygamiques de l'autre); les caractéristiques sociodémographiques (notamment le sexe, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, les catégories socio-professionnelles) ; les connaissances, les attitudes et pratiques des hommes et femmes en matière de planification familiale. De même, la variable : âge, a permis de prendre en compte des individus de deux tranches d'âge différentes [18 ans ; 45 ans] et [45 ans ; +], pour prendre connaissance de l'histoire sociale (autour de la planification des naissances et autour des pratiques contraceptives). Mais il faut ajouter que la prise en compte de ces deux tranches d'âge, avait aussi pour but de prendre connaissance de l'historiographie des pratiques de planification des naissances à Zè. Ceci a pour objectif de mieux cerner l'évolution de ces pratiques dans le temps.

A travers un dépouillement manuel, une quantification des données est effectuée, à l'aide du Microsoft Excel, pour renseigner à l'aide des indicateurs chiffrés, certaines variables et certains centres d'intérêt, entre autres, pour mieux apprécier les proportions dans lesquelles certaines pratiques de planification des naissances sont

sollicitées simultanément et les proportions dans lesquelles ces pratiques (pratiques populaires, magico-religieuses, familiales etc.) sont sollicitées, suivant le sexe, l'instruction etc.

Le travail étant porté sur deux groupes socioculturels que sont les aïzo et les ouémènou, il est important de souligner que la présentation des données ne s'est pas faite séparément en fonction de ces deux groupes socioculturels. A cet effet, rappelons que le groupe socioculturel aïzo est le groupe dominant de notre aire d'étude (SDAC, 2014), le groupe ouémènou est en faible proportion face à ce dernier. En effet, selon (SDAC, 2014), le groupe ethnique "aïzo" ajouté aux "ouémènou" font 97,4 % de la population.

2.5. Sémiologies populaires liées à la sexualité : quelques éléments de sémiologies

L'une des difficultés de ce travail est le fait qu'il porte sur une thématique se rapportant constamment à la sexualité. En effet, un travail sur la gestion de la fécondité ne peut exclure le rapport aux faits liés à la sexualité. Palaï (2014), rappelle les propos de Abéga (1995), en énonçant que « l'une des choses les plus difficiles à évoquer au cours d'une enquête ethnographique est la sexualité. Que poser en effet comme question ? [...] » (Palaï, 2014 : 09). Et pourtant, on ne peut, ne pas en parler ! Nous avons donc fait appel à une rhétorique métaphorique et allusive pour ne pas susciter « la gêne » chez nos interlocuteurs. A ce propos, il faut dire que « [...], rares sont ceux qui osent parler ouvertement du sexe ». On comprend donc que la pudeur occupe une place de choix dans les relations humaines. Et l'on comprend pourquoi au sujet des faits relatifs à la sexualité, les acteurs expriment une certaine pudeur. Pour ce qui est de la présente recherche, elle a recours au vocabulaire de la délicatesse courante qui exclut tout naturellement tous les termes et expressions jugés grossiers ou vulgaires. Le tableau XV résume certaines expressions métaphoriques sollicitées pour échanger avec nos interlocuteurs.

Tableau XV : Synthèse des expressions se rapportant à la sexualité

Désignation ou expression réelle	Désignation métaphorique	Observations
coït interrompu	<i>Sèhou</i> (en <i>aïzo</i>)	Littéralement cela signifie : « se retirer de... » Ce terme est utilisé pour représenter le retrait de l'homme, après un acte sexuel.
retour du sperme sans fécondation	<i>Doudjo</i> (en <i>aïzo</i> et en <i>fon</i>)	Selon les interlocuteurs, ce terme exprime un dysfonctionnement de l'appareil génital de la femme lié à des difficultés de migration des spermatozoïdes vers la trompe de Fallope.
Avoir des relations sexuelles avec prudence	<i>énon dou kpèdé, kpèdé</i> (en <i>aïzo</i> et en <i>fon</i>).	Littéralement, cela signifie on « mange petit à petit » (pour ne pas tomber enceinte).
Naissances rapprochées	<i>Kpè</i>	Terme qui désigne les naissances rapprochées.
-Sexe féminin	Le sexe féminin est désigné par : <i>glor ou yonnouhoué</i> (en <i>aïzo</i> et en <i>fon</i>).	Litt. cela veut dire : le « dessous » ou la « maison » de la femme.
Sexe masculin	Le sexe masculin est désigné par <i>sounouhoué</i> (en <i>aïzo</i> et en <i>fon</i>).	Litt. cela veut dire : la maison de l'homme ou le « bas-ventre » de l'homme.
Relations sexuelles/l'acte sexuel/rapport sexuel	<i>toudida houénou</i> (en <i>aïzo</i>)	Cela renvoie au symbolisme du fusil. Littéralement cela signifie : quand sonne l'heure de « tirer » un coup...
Le plaisir	<i>Vivi</i> (en <i>aïzo</i> et en <i>fon</i>)	Cela signifie ce qui est « doux »
Le désir	<i>Djlo</i> (en <i>aïzo</i> et en <i>fon</i>)	Ce terme est utilisé pour exprimer le désir qu'une femme (ou un homme) peut éprouver pour l'autre.
maux de ventre	<i>Homè vodou</i> (en <i>aïzo</i> et en <i>fon</i>)	Ce terme renvoie au symbolisme d'un dieu responsable des douleurs liées à la stérilité.

Désignation ou expression réelle	Désignation métaphorique	Observations
Sperme	<i>Vodou (en aïzo)</i>	Ce terme est utilisé comme symbole, représentant un dieu responsable de la fécondité et de la fertilité.
Avoir une relation intime avec son conjoint	<i>Eyihor (en fon ou aïzo)</i>	Ce terme signifie le fait d'avoir une relation intime avec son partenaire/conjoint

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

Le tableau XV ne présente pas une liste exhaustive des expressions sollicitées lors des échanges. Il fait un point des expressions et concepts empiriques qui ont gouverné les échanges avec les interlocuteurs lors de la recherche sur le terrain. Pour des échanges ethnographiques qui excluent « toute gêne » liée à l'évocation des faits se rapportant à la sexualité, nous avons sollicité ces concepts métaphoriques pour nommer certaines parties exclues du langage courant.

2.6. Limites de la recherche

La principale limite de ce travail est que les pratiques contraceptives locales telles que l'usage des plantes qui entrent dans la composition de certains procédés contraceptifs, n'ont pas été soumises à des tests de laboratoire pour déterminer leur seuil d'efficacité scientifique. Aucune expérimentation scientifique n'a démontré que ces plantes comportent des principes actifs ayant des propriétés contraceptives, en dehors de quelques plantes citées par Simone De-Souza (2005), que nous avons retrouvées aussi sur le site de recherche. De même, la recherche n'a pas pris en compte des enquêtes longitudinales ayant permis de suivre sur une longue période, une cohorte de ménages dans le but d'apprécier l'efficacité de ces procédés, comme procédés contraceptifs. Elle s'est essentiellement intéressée aux vécus des acteurs en lien avec ces pratiques durant la période de collecte de données.

Conclusion partielle

Ce chapitre a mis en exergue la démarche méthodologique (les techniques d'échantillonnage, les techniques de collecte de données etc.). La recherche est faite auprès des catégories d'acteurs tels que les acteurs étatiques et/ou non étatiques (les promoteurs de produits contraceptifs biomédicalisés), les dignitaires religieux, les guérisseurs traditionnels, les ménages et les autorités communales. Les centres d'intérêt suivants sont pris en compte par la recherche, entre autres : les normes et croyances en lien avec la procréation et avec la planification des naissances, la monographie des pratiques locales et/ou savoir-faire contraceptifs, les catégories d'acteurs qui sollicitent ces pratiques, les acteurs détenteurs des savoirs en lien avec ces pratiques etc. Il faut ajouter que, pour éviter des « écueils » méthodologiques lors des échanges avec les interlocuteurs, nous avons « sollicité » un répertoire allusif et métaphorique qui a permis de désigner certains termes et organes sexuels sans susciter la gêne chez les interlocuteurs et qui est présenté dans cette partie du travail.

DEUXIEME PARTIE
LOGIQUES SOCIALES AUTOUR DE LA
PLANIFICATION DES NAISSANCES

Chapitre 3 : planification des naissances en milieu aïzo : Zè une société en transition

Ce chapitre est subdivisé en quatre sous-titres. Il aborde les perceptions autour de la procréation ; les facteurs qui rendent compte des mutations qui semblent conduire progressivement la commune de Zè vers une commune en transition ; le profil socio-démographique des ménages.

3.1. Les mesures contraceptives induites par l'organisation sociale et la réprobation sociale référente à la forte procréation

3.1.1. Bref aperçu de l'organisation sociale

Le premier sous titre de ce chapitre, s'est intéressé à quelques caractéristiques socio-démographiques de la commune de Zè, telles que la répartition de la population par sexe, par âge, par ethnie, par religion etc. Il a mis aussi en exergue quelques repères sociaux autour de la gestion de la fécondité.

La commune de Zè est à dominance aïzo. Selon SDAC (2014), le groupe socioculturel *aïzo*, ajouté au groupe socioculturel *ouèmènou* font 97,4%. On a ensuite les *yoruba* (1%), les *adja* (0,8%) et d'autres ethnies dans une moindre proportion soit (0,8%). Plusieurs religions cohabitent dans la commune de Zè : les religions endogènes, l'Islam, la religion judéo-chrétienne (les catholiques, les églises évangéliques, le christianisme céleste etc.). Les religions endogènes sont représentées dans une grande proportion (47,1 %). On y rencontre des catholiques (21,4 %), des protestants (3,2 %), des musulmans (2,4 %) et des évangéliques et chrétiens célestes (SDAC, 2014 : 11). De même, on y rencontre plusieurs temples de divinités, telles que les divinités *lègba*, le *gou*, le *hèbiosso*, le *sakpata*, le *dan*, et le *ayidohouèdo*. Il faut souligner que les principes et pratiques religieux sont encore très présents dans les représentations individuelles et collectives des ménages à Zè. On constate que ces principes ne vont pas à l'encontre de la planification des naissances.

3.1.2. Les prescriptions sociales post-partum

On observe une diversité de pratiques autour de la période après l'accouchement, de même, certaines restrictions sont faites en ce qui concerne la tenue du lit conjugal.

- **Les restrictions sociales relatives à la tenue du lit conjugal**

Le groupe socioculturel *aizo* reste encore très attaché aux pratiques sociales en matière de procréation et de gestion de la fécondité. Dans cette aire culturelle, une variété de pratiques gouverne non seulement le parcours génésique des individus issus d'une lignée royale, mais aussi des membres des autres familles. Les épouses nourrices des dignitaires des religions endogènes et « des chefs traditionnels » ou « chefs coutumiers », par exemple, sont mises en quarantaine pendant trois (03) à quatre (04) lunes avant leur intégration dans le corps social.

En effet, la nourrice est perçue comme un être qui, pendant le jour de l'accouchement a eu un contact avec les ancêtres de l'au-delà. Le temps de mise en quarantaine permet à la femme (nourrice) de reprendre « vie et forme ». Pendant tout ce temps de mise en quarantaine, l'interdiction est faite au couple d'assurer leur devoir conjugal. A cause de son état de fragilité, la nourrice est assistée par une femme d'un certain âge, qui est soit sa mère, soit la mère du conjoint et qui surveille scrupuleusement le respect de cette interdiction.

- **Le rituel *nougnignan***

Un rituel appelé « *nougnignan ou noukiklor* » est fait pour intégrer le nouveau-né et la mère dans l'espace social, juste après l'accouchement du nouveau-né. Ce rituel est fait dans ce sens pour favoriser l'intégration de la nourrice et du nouveau-né dans la vie sociale.

Pendant toute cette période, elle est dispensée d'honorer le lit conjugal de l'époux jusqu'à la levée de ladite interdiction. Mais avec la modernisation, chaque famille l'adapte à sa manière. Selon certains interlocuteurs, cette pratique de la privation du devoir conjugal pendant la période post-partum participe dans une certaine mesure à la

régulation des naissances au sein des ménages. Mais du point de vue scientifique, le cycle hormonal de la femme et la production du lait maternel pendant la période post-partum, constituent déjà des facteurs qui entravent le fait qu'elle puisse contracter une nouvelle grossesse, tout de suite. Mais, selon certaines familles l'interdiction de la pratique de l'activité sexuelle prend plus de temps en foyer polygamique et ce n'est qu'avec l'apparition de certains signes chez l'enfant qu'elle est levée, comme par exemple, les premiers pas de l'enfant, la poussée de certaines « dents problématiques » comme celles appelées : *oulinvi (en aïzo)* etc. Le bus visé est de permettre au corps de la femme de reprendre forme avant qu'elle ne puisse commencer une activité sexuelle. Ces pratiques perdurent encore dans certains arrondissements de Zè comme : (Djidjè, Sèdjè-Dénou, Sèdjè-Houègoudo, Koundokpè, Dawè et dans quelques villages de Zè-centre tels que : Waga etc).

3.1.3. Mesures « contraceptives » induites par des normes sociales

L'organisation sociale est structurée autour des normes et règles socialement établies et qui se manifestent à travers des modèles de conduites et de comportements en milieu aïzo. Dans ce milieu, les parents géniteurs notamment les mères d'enfants mettent fin à leur capacité de procréer dès lors que l'une de leur progéniture contracte un mariage. Selon certains discours :

« Elles cessent de procréer pour s'occuper des enfants de leurs enfants en situation de procréation... » (Dignitaire de culte endogène, Djigbé).

Ceci apparaît dans une certaine mesure, comme un facteur de limitation des naissances. En effet, la société porte un regard réprobateur sur le couple qui demeure en situation de procréation alors que leurs descendants ont entamé le même processus. A ce propos, certains discours fustigent ces genres de comportements. A cet effet, une mère ne peut continuer de procréer alors que son enfant s'est engagé dans le même processus. Ces propos renseignent sur cette situation :

« *Ounan do vidjihouè, bovitché nandovidjihouè guèman ! Gbédé ! Hou nandjion band dokpohouor djihèdo doto houé, bor, yéylormi on, yénan ylorlor hélor, houhouignan houè* »! Ce qui veut dire : « Je ne peux continuer à faire d'enfants quand mon enfant a commencé à en faire et m'asseoir sur le même banc qu'elle à la consultation, c'est une honte ! » (Mère, 41 ans, djigbé)

Rappelons ici que malgré toute l'importance que cette communauté accorde à l'enfant et la place privilégiée accordée aux « femmes fécondes » par rapport à celles « infécondes », les acteurs posent un regard réprobateur sur les femmes qui ne mettent pas fin à leur vie génésique, alors que leurs enfants ont entamé le même processus. De même, ces derniers désapprouvent aussi la descendance nombreuse et les naissances trop rapprochées. Cette situation se justifie à travers non seulement une série de contraintes sociales et économiques, mais aussi à travers l'existence de logiques sociales qui gouvernent la procréation et la régulation des naissances à Zè.

3.2. Repères sociaux favorables à une procréation en demi-teinte

3.2.1. La possession de progénitures en situation d'alliance matrimoniale : faire au moins un enfant, une exigence sociale !

L'organisation est faite de sorte qu'on note des mariages arrangés entre les familles. L'union des individus connaît déjà depuis le début, une forte implication des divers acteurs. Ils sont aussi au cœur de tout l'arsenal disponible pour la procréation au sein des couples. Dès qu'un couple éprouve des difficultés à concevoir un enfant, tout l'environnement immédiat est ainsi « éprouvé ». Divers acteurs sont sollicités pour tenter d'apporter une solution au couple : les devins, les guérisseurs traditionnels et les dignitaires religieux mettent au service du couple tout un dispositif de savoirs et savoir-faire pour tenter de rendre leur fertilité effective. En effet, la communauté accorde beaucoup de prix à l'enfant. Selon cet enquêté : l'enfant signifie « *gnimanbou* », ce qui veut dire littéralement : « avec la naissance d'un enfant, le nom n'est jamais perdu ». Autrement dit, en communauté aïzo, l'enfant occupe une place

privilegiée dans la réalisation de soi. En effet, ces propos sont illustratifs de l'importance de l'enfance en milieu aïzo :

« *Amando vi, huitohouékon, énan dohor tchogbor, anansi kènouhan...* ce qui signifie, si tu n'as pas d'enfants, tu es mal parti. Au cours d'une discussion, tu n'auras même pas ton mot à dire, tu n'es pas considéré par ton environnement... » (Guérisseur traditionnel, Sédjè-Houègoudo)

On peut donc dire que l'enfant occupe une place de choix dans ce milieu et donner au moins une naissance, fait partir des critères de différenciation sociale.

Le groupe social a une large part d'implication dans la trajectoire génésique des ménages à Zè. La naissance d'un enfant apparaît comme un évènement mobilisateur de toute l'attention des acteurs sociaux à Zè : pères, mères, grand-parents, tantes, oncles, dignitaires religieux, guérisseurs traditionnels, etc. C'est un évènement qui met en branle tout le groupe social. Il s'ensuit que la procréation apparaît comme une exigence sociale. De plus, les acteurs organisent leur vie génésique autour du religieux. Selon eux : « c'est Dieu qui donne l'enfant ». Toutefois, « se battre » pour assurer sa descendance est perçue comme un évènement capital en ce sens que cela renvoie à la « consécration » de l'individu. Ce qui importe pour les acteurs, ce n'est pas de faire un nombre « considérable » d'enfants ; cette perception a connu d'évolution dans le temps, dans ce milieu. Le plus important selon eux, c'est d'assurer à tout prix sa descendance en « donnant naissance ». Pour ceux-ci, c'est quitter son statut de nullipare et changer de catégorie sociale. Ceci est vu comme une sorte de « couronnement social ». C'est ce qui explique parfois, l'empressement à concevoir coûte que coûte son premier enfant. Voici les propos d'un dignitaire religieux :

« L'enfant est sacré ici. Si tu as l'âge de prendre une femme et d'avoir des enfants et si tu ne le fais pas, tu n'as rien, tu n'as pas ton mot à dire. Tu n'es rien du tout... » (Dignitaire religieux, Yokpo)

Il en ressort que, le plus important pour les acteurs, c'est la nécessité de donner naissance à tout prix, c'est le changement de statut et de rôle que confère la

procréation qui est fondamental chez les acteurs. Ces divers propos nous informent qu'une place de choix est accordée à l'enfant dans ce milieu. De plus, selon d'autres interlocuteurs, une femme qui est capable de « donner naissance à un enfant » est une femme valorisée dans ce milieu. Les propos suivants sont illustratifs :

« La femme qui donne naissance, lave la honte à son mari. Elle est une femme qui a du prix aux yeux de son mari et des autres ... » (dignitaire religieux, Adjan).

La femme féconde est valorisée par rapport à celle inféconde. En effet, (Bouhdiba, 2010), considère la femme féconde comme celle à qui revient tous les prestiges et privilèges sociaux, contrairement à une « belle inféconde ». C'est dire donc qu'un culte est voué à la maternité. L'enfant apparaît dans ce milieu comme un accomplissement de soi et il s'avère indispensable d'assurer sa descendance. Un culte est voué à l'enfantement et malheur à la femme qui ne donne pas naissance. Elle est considérée comme un « *persona non grata* » et est rejetée par la communauté. Ceci se traduit par un empressement des femmes à quitter très tôt leur statut de nullipare pour sortir de cette catégorie de « femmes étiquetées », de « femmes rejetées ». A cet effet, faire son premier geste, c'est d'abord changé de statut social, c'est quitté le domicile parental pour celui d'alliance, c'est devenir mère, c'est confirmer sa capacité féconde, c'est avant tout, confirmer son « pouvoir reproductif ».

Le fait que la femme prouve sa « capacité féconde » est très valorisée dans le milieu. Cependant, même si la majorité de nos interlocuteurs sont unanimes sur la nécessité et l'importance de la procréation, les avis sont divergents sur le nombre d'enfants qu'il est souhaitable de faire. Les interlocuteurs apportent quelques nuances sur le nombre d'enfants qu'il faut faire et insiste sur la nécessité ou l'obligation de faire le nombre d'enfants dont on est capable de s'en occuper. Selon les propos ci-dessous :

« Il faut faire beaucoup d'enfants à condition d'être capable de s'occuper d'eux autant qu'ils seront. Or, les conditions actuelles sont difficiles, ce n'est plus comme du temps de nos parents où on peut faire autant d'enfants qu'on veut. Si un de tes enfants

devient un voleur, à cause des moyens, c'est ton nom qui sera sali et traîné dans la boue... » (Dignitaire religieux, père de sept (07) enfants, Sédjè-Houègoudo).

3.2.2. Symbolisme autour du sexe de l'enfant : le sexe féminin, l'enfant du sexe banni ?

Il apparaît que l'enfant du sexe masculin a une signification symbolique très importante en milieu *aïzo*. On observe une préférence pour l'enfant du sexe masculin dans ce milieu. Cette situation engage parfois les acteurs dans un processus effréné de recherche de l'enfant de sexe masculin, ce qui entraîne parfois des cas de descendance nombreuse et des cas de foyers polygamiques, car la plupart du temps le fait de ne pas avoir un enfant de ce sexe là est imputé à la femme. Elle est perçue et stigmatisée comme une « productrice de femelles » ou encore un « réservoir à femelles ». Ceci engendre parfois des cas de divorces ou bien le conjoint se retrouve dans l'obligation de contracter une nouvelle alliance. A propos de l'importance que le milieu accorde à l'enfant du sexe masculin, un interlocuteur déclare ceci :

« Le fait de ne pas avoir de garçons est un grand souci, la femme appartient à sa femme d'alliance le jour où elle se marie. C'est un grand déshonneur pour moi de ne pas avoir au moins un seul garçon. Ma femme est incapable de me donner un fils. Pour laver mon honneur, j'ai dû épouser une autre femme et j'ai fini par avoir une fille et un garçon... » (Père de huit (08) enfants, Sédjè-Dénou)

L'absence d'enfant de sexe masculin affecte considérablement le conjoint qui porte un doigt « accusateur » sur la femme. Le couple sous pression se lance parfois à la recherche effrénée de l'enfant du sexe masculin. En effet, à la procréation fortement valorisée, on note une forte préférence pour les enfants de sexe masculin. Dans les représentations populaires, l'enfant de sexe féminin est considéré comme la « propriété » de son conjoint et par la suite de sa famille d'alliance. Donc, mettre au monde un enfant de sexe féminin c'est « enrichir une autre famille » que la sienne. Les propos suivants sont illustratifs des cas rencontrés :

« C'est important d'avoir au moins un garçon parmi ses enfants. La femme est appelée à se marier et à partir du domicile parentale. Elle appartient à sa famille d'alliance, à un autre clan... » (*Tangninon, Sédjè-Dénou*).

Ces propos renseignent sur l'importance de l'enfant du sexe masculin dans ce milieu. Parfois, certains hommes contractent un autre mariage avec d'autres femmes dans la quête « désespérée » d'enfant du sexe masculin. Selon ces derniers, les naissances d'enfant de sexe féminin, constituent uniquement la « faute » de la conjointe qui est considérée comme « une machine productrice de femelles ». De ce fait, le « remariage » apparaît aux conjoints comme une panacée de solutions à la naissance de trop de filles au sein de leur foyer. C'est une chose qu'ils lient souvent à un défaut « génétique » ou congénital de la mère. Cette croyance selon laquelle, la fille représente peu de valeur, participe en permanence au désir de donner naissance à des enfants de sexe masculin chez certaines femmes.

Toutefois, même si, « donner naissance » apparaisse comme un critère de différenciation sociale, les acteurs fustigent les comportements pro-natalistes avec des naissances effrénées et non planifiées.

3.2.3. Sémiologies populaires autour des femmes à naissances rapprochées : « les femmes canards » !

Même si la procréation est très valorisée dans le milieu, les normes sociales proscrivent les naissances rapprochées. Selon certains interlocuteurs, cela crée des défaillances de santé chez la mère et l'enfant. Les femmes concernées, sont parfois fortement stigmatisées. Ces femmes sont généralement considérées comme des femmes ayant un appétit « sexuel vorace ». Tous les acteurs de leur environnement immédiat remettent en cause leurs pratiques hygiéniques. Elles sont comparées à une espèce animale dont les pratiques « hygiéniques douteuses » laissent à désirer : les canards ! Dans les représentations populaires, les acteurs considèrent les canards comme une espèce animale ayant non seulement une grande capacité de procréation et

de « duplication » mais, cette espèce animale est aussi perçue comme appartenant à la lignée animale la plus « malpropre » au sens propre du terme, à l'image du porc. Donc, par analogie, les femmes particulièrement fécondes sont comparées à cette espèce animale. Elles ont souvent droit à des propos suivants :

« *Enon jivi kpakpa dohou !* » Ce qui signifie littéralement : « elle fait des enfants comme les canards ! » (Père de cinq (05) enfants, Zè-Centre).

L'une des interlocutrices montrant du doigt une vendeuse d'akassa, lors de l'un des échanges avec elle, s'exprime en ces termes :

« Elle tient un enfant au dos, un autre enfant sur les cuisses, un autre par le bras, un autre dans le ventre. Elle est un véritable sac à enfants ! Elle est comme les canards ! Elle a le ventre sale ! Sa voisine l'a injurié la dernière fois et il y a eu une bagare ici même ! (Mère de quatre enfants, 42 ans, Dawé)

Il ressort de ces quelques cas rapportés que certaines femmes ayant une grande capacité de procréation sont souvent stigmatisées dans ce milieu. A ce propos,

« dans le cas des femmes se trouvant dans une relation conjugale, l'« incident » peut intervenir sous la forme d'une grossesse qu'on n'attendait pas et qui rapproche l'intervalle de naissance entre les enfants, une pratique que l'idéologie populaire présente comme contre-norme en matière de reproduction [...] » (Coulibaly, 2012 : 127).

Ces cas sont « désapprouvés » par les acteurs en ce sens qu'ils pensent que ces genres de situations, affectent la santé de l'enfant et de la mère. C'est dire donc que très largement, la question de la fécondité convoque le social dans une dimension multifactorielle. En effet,

« Elle met en scène le social sous diverses formes : les rapports entre les générations, entre les âges, [...], la signification du corps, l'importance sociale de la descendance, l'épaisseur des transformations sociales » (Somé, 2012 : 154).

C'est dire que, ces divers propos stigmatisants, ont pour but de « décourager » l'engouement des femmes qui ont un penchant pour les grossesses fréquentes. Celles-ci reçoivent une sanction sociale de la part de leur environnement immédiat. Ceci se traduit parfois par une faible fréquentation de leur lieu d'activité, surtout si elles exercent des activités comme la restauration. De plus, l'avortement apparaît parfois comme une « mesure contraceptive » de sortir de la honte sociale. En effet, il ressort de certains échanges que le regard social qui enduit une « sanction sociale », conduit parfois à des cas d'avortement au sein du foyer conjugal. Certaines femmes se retrouvant précocement enceintes et redoutant de « perdre la face », au sens « goffmanien » du terme, exerce une « censure morale » (Goffman, 2003) sur elle-même en faisant recours à l'avortement pour se libérer de la grossesse imprévue. Selon les propos de cette interlocutrice :

« C'est une honte de tomber enceinte, quand on a un enfant qui est encore jeune. Quand ça arrive et qu'on décide de garder la grossesse, on supporte pendant un bon moment les injures et le mépris de tout le monde. J'ai une voisine qui m'a confié qu'elle a automatiquement avorté à l'insu de son mari... » (Mère de trois enfants, Zè-centre)

L'avortement apparaît alors, dans ces cas de figures comme une porte de sortie de la « honte sociale ».

3.2.4. De la descendance nombreuse à la planification des naissances

Dans la commune de Zè, on observe la présence de chefferies traditionnelles dans presque tous les arrondissements : Zè-Centre, Sèdjè-Dénou, Sèdjè-Houègoudo, Djigbé, Adjan, Dawé, Yokpo etc. Mais la particularité notée au niveau de l'arrondissement de Sèdjè-Dénou, en ce qui concerne l'évolution de la taille de la structure familiale, d'une chefferie à une autre, a retenu notre attention. On compte aujourd'hui au total sept (07) chefferies au trône de Sèdjè-Dénou. Le 5^e chef coutumier avait six (06) femmes et une cinquantaine d'enfants, le 6^e chef traditionnel avait quatre (04) femmes et un nombre important d'enfants avec beaucoup de décès et

quatre (04) enfants survivants. Le 7^e chef coutumier (qui est l'actuel chef coutumier dans cet arrondissement a trois (03) femmes et huit (08) enfants. Il faut souligner aussi que le chef coutumier qui précède l'actuel chef de l'arrondissement de Zè-Centre avait quinze (15) enfants, mais l'actuel n'a que trois (03) enfants. On déduit de ces quelques cas que, certains foyers ayant comme chef de famille, un « leaders d'opinion » avaient un penchant pour la descendance nombreuse. Mais, selon les interlocuteurs, plusieurs facteurs d'ordre socio-économiques et autres facteurs agro-écologiques ont changé la perception que les ménages avaient de la descendance nombreuse. Ces facteurs semblent conduire progressivement la commune de Zè vers une société de transition. Parmi ces facteurs, nous avons aussi les nouvelles exigences agro-écologiques telles que l'infertilité des sols (Zè étant une commune essentiellement agricole, l'usage abusif de la même portion cultivable l'affaibli progressivement). On note aussi les facteurs en lien avec les effets des sensibilisations des prestataires de soins biomédicalisés qui brandissent des discours anti-natalistes, l'influence des nouvelles figures de réussites sociales, etc. En effet, avoir une descendance nombreuse est de moins en moins perçu comme un modèle de réussite sociale ou comme un critère de différenciation sociale. Selon les interlocuteurs, les discours et postures pro-natalistes très valorisés d'antan, en ce qui concerne la progéniture nombreuse laissent de plus en plus place à des discours et postures anti-natalistes très nuancés en lien avec les exigences socio-économiques actuelles. On constate que les acteurs ont de plus en plus à cœur l'équation : nombre d'enfants, moyens disponibles. Ces propos suivants renseignent sur cette situation :

« Actuellement l'école est chère. Il y en a qui font peu d'enfants, d'autres beaucoup. On m'a sollicité hier pour régler un conflit entre un homme et sa femme sur la procréation. Il a refusé de continuer de faire des enfants à sa dernière femme. Pour lui, il y a eu déjà assez. Il a 03 épouses : la 1^{ère} a 04 enfants, la 2^{nde} a 04 enfants et la 3^e a 03 enfants et il a exigé à cette dernière d'arrêter d'en procréer...» (Autorité coutumière, Zè-centre)

Les nouvelles contraintes socio-économiques et agro-écologiques (sur lesquelles nous allons revenir), participent fortement au désenchantement des ménages vis-à-vis de la descendance nombreuse. On constate que les naissances rapprochées ne sont pas valorisées dans ce milieu. Selon certains interlocuteurs, ces cas engendrent des défaillances sur la santé de la mère et celle de l'enfant.

D'autres cas de planification des naissances sont de fait et n'exigent aucun effort de la part des interlocuteurs dans ce sens, à cause du fait que les conjoints vivent parfois, dans des domiciles séparés etc.

3.3. Les nouveaux enjeux sociaux de la régulation des naissances : les variables explicatives

Cette section présente les facteurs qui participent à la planification des naissances à Zè.

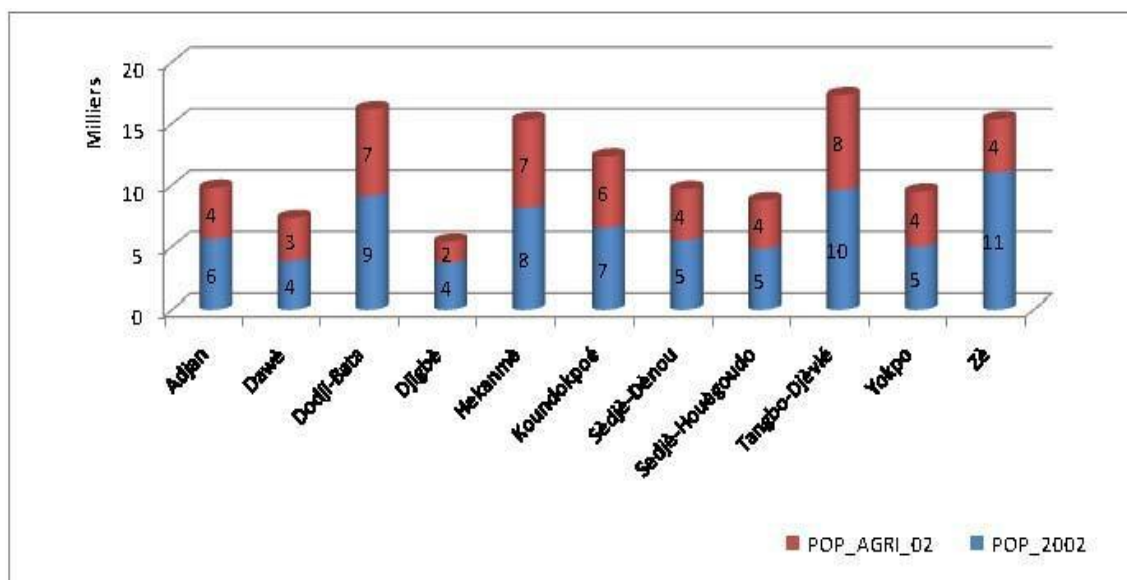
3.3.1. Nouvelles contraintes socio-économiques en rapport avec la réduction de la taille des ménages

Les nouvelles exigences socio-économiques actuelles entraînent un désenchantement à l'égard de la descendance nombreuse. Plusieurs facteurs tels que l'infertilité des terres cultivables participe à la situation observée.

- **L'infertilité des terres**

La commune de Zè est une commune essentiellement agricole (graphique 2). L'agriculture constitue la première activité de la population. Elle occupe plus de 70% des actifs avec une participation importante des femmes. Les ménages agricoles représentent 68,31% de l'ensemble des ménages de la commune (SDAC, 2014 : 13). Le graphique 2, présente les proportions dans lesquelles l'agriculture est pratiquée au sein des arrondissements de la commune de Zè.

Graphique 2 : Importance de la population agricole par rapport à la population de Zè



Source : SDAC, 2014

D'après ce graphique, sur les onze (11) arrondissements que compte la commune, six (06) arrondissements (les arrondissements de Dawé, Hèkanmè, Sédjè-Dénou, Sèdjè-Houègoudo, Koundokpoé, Yokpo), pratiquent l'agriculture de façon très prépondérante. Les agriculteurs se retrouvent dans tous les arrondissements de la commune (au moins 75%), mais dans des proportions moins importantes dans les arrondissements de Djigbé et de Zè-centre qui ont moins de 50% de la population agricole SDAC (2014). Il ressort de ce même graphique que les arrondissements de Dodji-Bata, Adjan et Tangbo-Djèvié pratiquent l'agriculture dans une moindre proportion par rapport aux six (06) arrondissements cités plus haut. Le seul arrondissement qui pratique l'agriculture dans une faible proportion est l'arrondissement de Zè-centre (SDAC, 2014 :13). Ceci peut s'expliquer par les effets d'urbanisation subis par cet arrondissement, qui est, en fait l'arrondissement central au sein duquel est concentré la majorité des infrastructures telles que la mairie, le centre

de santé communal, le Collège d'Enseignement Général (CEG), le marché central, le Centre de Promotion Sociale (CPS) etc.

Toutefois, en dépit du fait que la commune de Zè est une commune où l'activité agricole est fortement pratiquée avec plus de 70% des actifs et que le nombre de ménages agricoles est de 9.193 pour une population totale de 54.079 agriculteurs (SDAC, 2014), il ressort des échanges que les agriculteurs sont confrontés à l'infertilité des espaces cultivables. Ceci est dû selon eux, à la fréquence répétée des semences sur la même surface emblavée. En effet, la poussée démographique a eu comme effet l'usage abusif d'une même portion cultivable. Ce qui a entraîné l'épuisement des ressources nutritives des sols. La conséquence directe est que l'infertilité des terres cultivables engendrée par leur usage répétitif et abusif a freiné la propension des ménages à la descendance nombreuse. Les ménages éprouvent de moins en moins un penchant pour la descendance nombreuse et sont de plus en plus préoccupés par l'équation : nombre d'enfants, moyens disponibles.

- **La colonisation agricole par les néo-ruraux**

On observe le bradage massif des terres cultivables au profit des néo-ruraux qui délaissent parfois les terres en jachère ou y mettent des constructions. Cette colonisation agricole qui se traduit par l'achat massif des espaces cultivables par les néo-ruraux, pose le problème de l'indisponibilité des terres cultivables et affecte la productivité agricole. La conséquence directe qu'on observe au niveau des ménages est une baisse de la taille des ménages en comparaison à celle de leurs ascendants. L'usage des décoctions de plantes par les ménages pour mettre fin à la procréation de la femme est souvent évoqué. A propos des effets engendrés par cette forme de « colonisation », un interlocuteur déclare :

« Les gens viennent acheter des terres ici, surtout les étrangers, sans compter la vague des instituteurs étrangers qui sont venus s'installer sur nos terres à Zè » (CV Adjan)

C'est dire que l'achat massif des terres par les néo-ruraux, à pour effet direct, l'indisponibilité des terres cultivables et par conséquent, ceci induit un effet sur le rendement agricole et affecte l'engouement des acteurs à faire beaucoup d'enfants. Les acteurs accordent de moins en moins d'importance à une progéniture nombreuse, en ce sens qu'ils sont de plus en plus préoccupés par les problèmes d'ordre existentiel.

- **L'indisponibilité des terres**

Avec l'arrivée des néo-ruraux qui a favorisé le bradage des terres, l'activité agricole s'est amenuisée avec le temps. A cela s'ajoutent les effets d'urbanisation. En effet, selon les propos de certains interlocuteurs, comme ceux de ce dernier :

« L'augmentation de la population, la construction des maisons, des auberges et l'arrivée des étrangers qui ont acheté beaucoup de terres, font qu'il n'y a plus beaucoup de surfaces à emblaver. On ne peut plus faire beaucoup d'enfants dans ces conditions. Qui va les nourrir et les envoyer à l'école ? » (Cultivateur, Zè-Centre)

Dans ce cas, on peut dire que le bradage massif des terres, occasionne leur indisponibilité pour l'agriculture. En effet, avec le morcellement des espaces cultivables, l'indisponibilité et l'infertilité de ces espaces, les acteurs se trouvent confronter à des difficultés d'ordre existentiel, ce qui affecte leur engouement à une nombreuse procréation. De plus, les effets d'urbanisation (la construction des maisons et autres services sociaux, au niveau des arrondissements de Zè à savoir : les centres de santé, les écoles, le CPS etc.), ont contribué aussi à la réduction des espaces cultivables et par conséquent, ont affecté l'engouement des acteurs à faire beaucoup d'enfants. Mais il faut dire que les effets d'urbanisation sont surtout très remarquables dans quelques villages et quartiers de ville de l'arrondissement central Zè-centre, où on observe un effort d'électrification et des services sociaux de base etc. Ces effets d'urbanisation qui ont provoqué l'amenuisement des activités agricoles, sont aussi à la base du désenchantement des populations à la descendance nombreuse. A ce propos, un interlocuteur déclare ceci :

« Si tu n'as pas beaucoup d'espaces cultivables, tu ne peux plus faire beaucoup d'enfants. L'enfant coûte cher et il n'y a plus beaucoup de terres à cultiver, les constructions sont entrain d'envahir les terres cultivables » (Cultivateur, Zè-centre).

De ces propos, on peut dire que l'indisponibilité des terres, l'urbanisation, la scolarisation des enfants, apparaissent comme des facteurs qui participent au désenchantement vis-à-vis d'une progéniture nombreuse et aussi comme des facteurs explicatifs des mesures contraceptives et de changement social dans les perceptions autour de la progéniture nombreuse.

- **Le désenchantement autour de l'entretien de la grossesse : « aujourd'hui, on achète les enfants, on ne les fait plus »**

L'empilement de petits frais lors des consultations prénatales et les cas d'accouchement qui engendrent de petits frais cumulatifs participent aussi dans une large mesure à la perte de l'engouement à la descendance nombreuse. Ces frais cumulés de soins, d'entretien de la grossesse, jusqu'à l'accouchement, découragent l'attitude des pères et mères d'enfants à une procréation nombreuse. A cet effet, les propos de cet interlocuteur sont illustratifs de beaucoup de cas rencontrés. Il déclare en ces termes :

« Quand une femme enceinte, sens un malaise et vas voir la sage-femme, on la garde et on lui fait sérum et ça coûte cher. Pour mon premier geste, j'ai pris des médicaments pour ma femme et ça m'a coûté 12000f. Mais maintenant, on fait des dépenses sans arrêt » (Soupirs de l'enquête), vraiment je suis découragé » (Père de trois enfants, 45 ans, venu de Sèdjè-Dénou pour le Cscm).

On peut déduire de ces propos que les frais cumulatifs de consultation prénatale, d'entretien de la grossesse et d'accouchement, apparaissent comme des facteurs qui participent au désenchantement autour de la procréation.

- **L'enfant : un investissement à long terme**

Les exigences socio-économiques actuelles observées dans ce milieu, en passant par l'indisponibilité des terres, l'insuffisance des espaces cultivables, l'insuffisance de main d'œuvre agricole, constituent des facteurs explicatifs des mesures contraceptives et de changement dans les perceptions autour de la procréation nombreuse. A tout ceci, s'ajoute les facteurs exogènes comme la crise économique actuelle, que certains acteurs ont évoqué. Toutefois, les acteurs sont de moins en moins portés vers la procréation nombreuse, d'autant plus qu'elle n'est plus perçue comme un facteur de différenciation sociale. On assiste à l'émergence d'autres figures de différenciation et de réussite sociale. A ce propos, un enquêté déclare :

« Avant les femmes se pressaient pour faire beaucoup d'enfants, car c'était un honneur [...]. Mais aujourd'hui, l'enfant coûte cher. Mon père avait sept (07) femmes et une cinquantaine d'enfants. Mais moi, je ne peux pas m'offrir ce luxe. Je n'allais même pas pouvoir m'offrir un moyen de déplacement... »

On en déduit que la progéniture nombreuse n'est plus valorisée. La participation de l'enfant aux dépenses du ménage en tant que « main d'œuvre agricole » a évolué avec les exigences sociales et économiques actuelles, puisqu'il n'est plus considéré comme une main d'œuvre agricole productive.

3.3.2. Influence des nouvelles figures de réussite sociale (élite) sur la régulation des naissances

La présence des instituteurs étrangers avec le mode de gestion de leurs trajectoires génésiques a influencé aussi progressivement le mode de gestion des naissances des autochtones de Zè. Les propos suivants sont illustratifs de cette situation :

« Ici les *akorhoué* venus d'ailleurs ne font pas beaucoup d'enfants, ce sont eux qui ont amené cette histoire de faire très peu d'enfants. Ils font trois (03) ou quatre (04) enfants et c'est fini. Nos femmes ont commencé par penser comme eux » (Dignitaire religieux, Waga)

C'est dire que la façon dont les allochtones géraient leur vie génésique, en ce qui concerne le nombre d'enfants qu'il faut avoir, a influencé aussi dans une certaine mesure, le comportement des autochtones en matière de planification des naissances. De plus, face aux nouvelles exigences socio-économiques, d'autres formes de réussite sont valorisées comme des figures ou modèles de réussite sociale. Ce n'est plus celui qui détient une descendance nombreuse avec un nombre impressionnant de femmes qui est valorisé. Mais on constate, de plus en plus que, la communauté aïzo de Zè, valorise celui qui détient un potentiel économique important et qui arrive à répondre aux attentes des uns et des autres dans son environnement immédiat. Il est de plus en plus valorisé, celui dont tous les enfants connaissent un succès académique et/ou une ascension professionnelle comme par exemple le métier de l'enseignant. Une famille dont les enfants sont des enseignants est considérée comme une famille ayant connu une certaine ascension sociale. De même, une famille dont les enfants sont des cadres ou acteurs politiques, au plan national est très valorisée dans le milieu. Ils sont perçus comme des acteurs capables de « régler » des problèmes au niveau local et d'y « drainer » des projets d'urbanisation pour la visibilité de la commune. Pour certains interlocuteurs, le plus important, c'est d'avoir le nombre d'enfants dont on est capable de s'en occuper. Les propos suivants renseignent sur cet état de chose :

« Ce qui compte aujourd'hui, c'est de faire le nombre d'enfants qu'on peut élever selon ses moyens. Quand l'enfant réussit, c'est pour l'honneur du père. Quand il devient un voleur, c'est le nom du père qui est sali et c'est une honte pour lui » (Dignitaire religieux, Yokpo).

C'est dire que les figures de réussite sociale valorisées dans le milieu ont évolué avec le temps et ont laissé place à d'autres figures de réussite sociale.

3.3.3. Mobilité vers le Nigeria comme facteur favorable à la régulation des naissances

Le déplacement de certains acteurs vers les pays de la sous-région comme le Nigeria s'effectue depuis un certain nombre d'années. Tout un dispositif a été mis en place pour le déplacement et le séjour vers les pays environnants, notamment le Nigeria. Hommes, femmes et enfants s'y rendent pour diverses activités et pour un séjour plus ou moins long, selon le type d'activité. Les jeunes filles et les femmes y vont pour s'adonner aux diverses activités, comme par exemple, être des collaboratrices de ménages ou des restauratrices dans des restaurants. Les jeunes gens et les hommes y vont pour s'adonner aux activités de ventes dans des boutiques au Nigeria ou pour devenir conducteurs de taxi-motos ou encore pour exercer le métier de maçonnerie, selon la tranche d'âge. Selon le choix et le type de contrat, ils font parfois un long séjour intercalé de retours périodiques vers le Bénin, généralement autour du mois de décembre. Toutefois, il y a des hommes qui ont des contrats plus ou moins longs de deux (02) à trois (03) ans et qui ne reviennent qu'à la fin du contrat. Ce sont ces cas qui ont retenu notre attention. Les propos ci-dessous sont illustratifs des cas rencontrés :

« Mon mari était parti depuis trois ans et n'est pas encore de retour une seule fois. Les deux enfants qu'on avait avant son départ sont déjà grands. Mais il envoie souvent de l'argent, il dit qu'il va rentrer cette année » (Mère de deux (02) enfants, Sèdjè-Dénou).

Le départ de certains conjoints pour certains pays de la sous région, comme le Nigeria, (pour des séjours plus ou moins longs selon l'engagement contracté, une fois partis en mobilité), participe à l'espacement des naissances au sein de ces foyers. Ces types d'espacement de naissances sont de fait et ne nécessitent pas des mesures particulières. En comparant ces cas, avec les foyers des individus de la même tranche d'âge, mais restés sur, on constate une variation de l'intervalle intergénéral entre les enfants et une réduction de la taille de ces ménages.

3.3.4. Effets des actions et sensibilisations sur la planification des naissances

Au nombre des actions menées par les promoteurs, nous avons les séances de sensibilisation de masse et les séances de causeries, au cours desquelles les promoteurs rappellent la nécessité de planifier les naissances. Ils proposent à cet effet, aux usagers, des gammes variées de produits contraceptifs biomédicalisés tels que les pilules, les injections, les implants, les DIU etc. Selon certains interlocuteurs, les séances de sensibilisation ont contribué dans une certaine mesure à la planification des naissances. Il faut souligner que les acteurs ne désapprouvent pas la planification des naissances, en elle-même (le présent travail abordera plus en détails, dans le chapitre suivant ce que les acteurs pensent de la planification des naissances d'une part et de l'offre contraceptive biomédicalisée, d'autre part). Voici quelques propos qui renseignent sur cette situation :

« Je suis les séances que les agents de santé organisent pour nous parler de l'importance de ne pas faire les enfants n'importe comment. Je trouve ça bien. Mais, je ne veux pas utiliser leurs comprimés, ni leurs injections, mais certains conseils qu'ils nous donnent m'aident beaucoup [...] » (Mère de trois enfants, Dawé).

C'est dire que les acteurs ne déprécient pas l'idée de planifier les naissances, mais ils appréhendent la nature de la méthode contraceptive à « solliciter ». Ce qui fait, qu'il y a une faible fréquence des femmes utilisatrices des produits contraceptifs biomédicalisés. Ces séances de sensibilisation influencent et renforcent, dans une certaine mesure, l'attitude des acteurs, vis-à-vis de la planification des naissances. A ce propos, en ce qui concerne la gestion de la fécondité du point de vue biomédicalisé, le tableau XVI met en exergue un exemple choisi parmi d'autres sur l'évolution des naissances, des décès maternels et infantiles de 2012 à 2014, l'effectif total des femmes en 2013, de même que l'effectif des femmes ayant utilisé les méthodes contraceptives biomédicalisées en 2015 sur l'ensemble de l'effectif féminin de Zè.

Tableau XVI : L'évolution des données démographiques à Zè de 2012 à 2015

Années	Effectif de la population féminine de Zè en 2013 selon RGPH 4
2013	55.209
Année	femmes adoptantes des méthodes contraceptives médicalisées
2015	285
Années	Evolution des naissances de 2012 à 2014
2012	2466
2013	2186
2014	2402
Années	Evolution des cas de décès infantiles de 2012 à 2014
2012	5
2013	0
2014	1
Années	Evolution des cas de décès maternels
2012	0
2013	0
2014	0

Source : réaliser à partir des données issues du SNIGS, du registre CSCOM, de RGPH4

D'après les résultats du tableau XVI, on a : le nombre de naissances qui est passé de 2466 à 2402, de 2012 à 2014 et le nombre de décès infantile est passé de 5 à 1 décès de 2012 à 2014. De plus, sur une population féminine totale de 55.209, seulement 285 de femmes ont adopté une méthode contraceptive biomédicalisée en 2015. On constate qu'il y a une baisse du nombre de naissances et une réduction du nombre de décès infantiles de 2012 à 2014. Cette variation du nombre de naissances peut trouver son explication dans l'avènement d'une série de facteurs sociaux, agro-écologiques, économiques que nous avons évoqués plus haut. Ces facteurs engendrent donc, des changements de comportements, au niveau des acteurs, en matière de procréation et suscitent des mesures contraceptives, qui se manifestent à travers une prédominance des formes de recours, autres que celles biomédicalisées.

3.4. Evolution du profil socio-démographique des ménages : Zè une société en transition démographique ?

Cette section présente les mutations socio-démographiques en ce qui concerne la structure des ménages, la taille des ménages, l'intervalle intergénéral et l'âge au premier enfant suivant deux tranches d'âge.

3.4.1. Caractéristiques du choix des ménages

Avant d'aller plus loin, rappelons que la recherche a pris en compte les individus dont l'âge est compris entre [18 ans ; 45 ans] et les individus dont l'âge est compris entre [45 ans ; +], pour échanger fondamentalement avec les individus ayant au moins deux enfants, dans le but d'apprécier l'évolution de la structure des ménages, la taille des ménages, l'intervalle intergénéral etc.

3.4.2. Evolution de la structure des ménages : indicateurs de mesure

Les ménages à Zè tendent de plus en plus à opter pour les foyers monogamiques, même s'il subsiste encore des foyers polygamiques. On observe aussi des familles recomposées, des familles monoparentales, etc. De façon décroissante, de la tranche d'âge [45 ans ; +] à la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans], on constate une modification de la structure du ménage (passant des foyers polygamiques aux foyers monogamiques, dans une certaine proportion). De même, l'intervalle intergénéral (le nombre d'années entre deux naissances successives est beaucoup plus grande au niveau des ménages de la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans], qu'au niveau des individus de la tranche d'âge [45 ans ; +], lorsqu'on considère les individus appartenant à deux tranches d'âge différents, mais issus de la même structure familiale (type monogamique uniquement ou type polygamique uniquement). En ce qui concerne la taille des ménages, les mutations socio-démographiques ont influencé fortement la taille des ménages. La taille des ménages est passée d'une grande taille à une taille plus réduite au niveau des individus de la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans], voir les tableaux XVIII et XIX. Le

tableau XVII présente l'évolution de la structure des ménages suivants les deux tranches d'âge choisies.

Tableau XVII : Evolution de la structure des ménages suivant deux tranches d'âge différentes

Intervalles	Nature du ménage	Effectifs	Pourcentage (%)
Individus dont l'âge est compris entre [45 ans ; +]	Polygamique	72	72,0
	Monogamique	28	28,0
Total		100	100
Individus dont l'âge est compris entre [18 ; 45 ans]	Polygamique	12	12,0
	Monogamique	88	88,0
Total		100	100

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

En ce qui concerne la structure des ménages, des données du tableau, on observe, au niveau de la tranche d'âge [45 ans ; +], 72% de ménages de types polygamiques et 28% de ménages de types monogamiques, tandis qu'au niveau de la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans], on a 12% de ménages de types polygamiques et 88% de types monogamiques. En faisant une comparaison entre la tranche d'âge [45 ans ; +], et celle de [18 ans ; 45 ans], on peut dire que la structure des ménages tendent à changer (passant de types polygamiques aux types monogamiques). On en déduit donc que la structure des ménages a connu de mutations passant de plus en plus vers des ménages de type monogamiques. Ces mutations peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, tels que les contraintes socio-économiques dus à l'amenuisement des activités agricoles, principale source de revenus des ménages etc.

3.4.3. Evolution de la taille des ménages

Les échanges prennent en compte le nombre d'enfants des grand-pères et grand-mères des familles d'une part et le nombre d'enfants des pères et mères des familles d'autre part au sein d'une même agglomération. Lorsque nous considérons deux tranches

d'âge différentes, il ressort une régression de la taille des ménage (au niveau des ménages de la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans]). Le tableau XVIII met en exergue l'évolution de la taille des ménages, suivants ces deux tranches d'âge.

- **Foyers polygamiques**

Tableau XVIII : Evolution de la taille des ménages

Intervalles	Effectifs	Taille des ménages	Effectifs	Pourcentage (%)
Individus de la tranche d'âge de [18 ans ; 45 ans]	100	[1 ; 2]	18	18
		[3 ; 5]	59	59
		[6 ; 8]	23	23
Total	100		100	100
Individus de la tranche d'âge de [45 ans ; +]	100	[1 ; 2]	14	14
		[3 ; 5]	32	32
		[6 ; 8]	54	54
Total	100	-	100	100

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

Le tableau XVIII montre qu'au niveau des acteurs appartenant à la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans], 23% des acteurs ont des enfants dont le nombre est compris entre 6 et 8, tandis qu'au niveau des acteurs appartenant à la tranche d'âge [45 ans ; +], 54% ont des enfants dont le nombre est compris entre 6 et 8. Des conjoints les plus âgés, aux plus jeunes, on constate une diminution de la taille du ménage. On peut déduire que cela s'explique par certaines contraintes socio-économiques et le désenchantement vis-à-vis de l'entretien de la grossesse, jusqu'à l'accouchement, ce qui affecte la propension à une progéniture nombreuse.

- **Foyers monogamiques**

Tableau XIX : Evolution de la taille des ménages

Intervalles	Effectifs	Taille des ménages	Effectifs	Pourcentage (%)
Individus de la tranche d'âge de [18 ; 45 ans]	100	[1 ; 2]	22	22
		[3 ; 5]	65	65
		[6 ; 8]	13	13

Total	100		100	100
Individus de la tranche d'âge de [45 ans ; +]	100	[1 ; 2]	09	09
		[3 ; 5]	53	53
		[6 ; 8]	38	38
Total	100	-	100	100

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

D'après le tableau XIX, au niveau des individus de la tranche d'âge [45 ans ; +], 38% des acteurs ont des enfants dont le nombre est compris entre 6 et 8, tandis qu'au niveau des acteurs de la tranche d'âge de [18 ans ; 45 ans], 13% des acteurs ont des enfants dont le nombre est compris entre 6 et 8. On peut conclure que les jeunes couples ou conjoints sont de moins en moins intéressés par la progéniture nombreuse, puisque de la tranche d'âge de [45ans ; +] à la tranche d'âge de [18 ans ; 45 ans], la taille des ménages a diminué.

De plus, une comparaison de la taille des ménages polygamiques (tableau XVIII) et des ménages monogamiques (tableau XIX), permet de dire que les foyers monogamiques ont moins d'enfants. Cela s'explique par le fait qu'il n'y a qu'une seule femme au sein des ménages monogamiques, ce qui fait qu'on ne note plus la « légendaire course » à la progéniture nombreuse entre coépouses.

3.4.4. Intervalle intergénéral

La modification progressive de la structure des ménages (passant des ménages polygamiques aux foyers monogamiques), affecte progressivement, le nombre d'enfants observé dans ces ménages de types monogamiques, où on observe un nombre plus réduit d'enfants. On en déduit que la modification de la structure familiale agit sur le nombre d'enfants au sein de ces ménages. C'est dire que l'absence de plusieurs femmes au sein d'un même ménage participe, dans une certaine mesure, à la limitation des naissances (mais pas selon les mêmes indicateurs prévus par les

spécialistes de la santé publique, mais selon des indicateurs sociaux). Le tableau XX, présente l'évolution de l'intervalle intergénéral de la même structure familiale.

- **Structure des ménages : foyers polygamiques**

Tableau XX : Evolution de l'intervalle intergénéral

Intervalles	Effectifs	Intervalles intergénéral	Effectifs	Pourcentage (%)
Individus de la tranche d'âge de [18 ; 45 ans]	100	[1 ; 2]	11	11
		[2 ; 3]	71	71
		[3 ; plus]	18	18
Total	100		100	100
Individus de la tranche d'âge de [45 ans ; +]	100	[1 ; 2]	23	23
		[2 ; 3]	52	52
		[3 ; plus]	25	25
Total	100	-	100	100

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

D'après le tableau XX, lorsqu'on considère les individus de la même structure familiale, on constate qu'au niveau des individus de la tranche d'âge [45 ans ; +], 52% des ménages disent avoir des enfants dont l'intervalle intergénéral est de deux (02) à trois (03) ans, tandis qu'au niveau des individus de la tranche d'âge de [18 ; 45 ans], 71% des ménages disent avoir des enfants dont l'intervalle est de deux (02) à trois (03) ans. On en déduit que, de façon décroissante, de la tranche d'âge de [45 ans ; +], à la tranche d'âge de [18 ; 45 ans], on constate plus de naissances dont l'intervalle intergénéral est compris entre deux (02) et trois (03), contrairement aux foyers des individus plus âgés [45 ans ; +]. On peut conclure que les conjoints de la tranche d'âge de [18 ; 45 ans] sont beaucoup plus préoccupés par le désir d'espacer leurs naissances.

- Foyers monogamiques

Tableau XXI : Evolution de l'intervalle intergénéésique

Intervalles	Effectifs	Intervalles intergénéésiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Individus de la tranche d'âge de [18 ; 45 ans]	100	[1 ; 2]	13	13
		[2 ; 3]	66	66
		[3 ; plus]	21	21
Total	100		100	100
Individus de la tranche d'âge de [45 ans ; +]	100	[1 ; 2]	47	47
		[2 ; 3]	27	27
		[3 ; plus]	26	26
Total	100	-	100	100

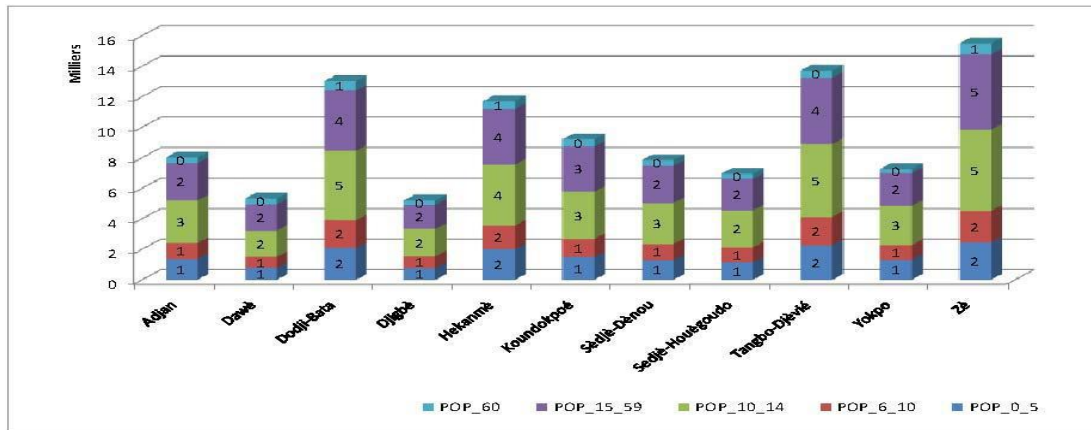
Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

Du tableau XXI, on constate que, lorsqu'on considère les individus de la même structure familiale, 66% des ménages de la tranche d'âge [18 ; 45 ans], ont des enfants dont l'intervalle intergénéésique est compris entre deux (2) à trois (3) ans ; tandis que 47% des ménages de la tranche d'âge [45 ans ; +], disent avoir des enfants dont l'intervalle intergénéésique est compris entre un (1) et deux (02) ans. On peut dire que, des plus âgés (individus de la tranche d'âge de [45 ans ; +]), au plus jeune (individus de la tranche d'âge de [18 ; 45 ans]), l'intervalle intergénéésique entre les naissances augmente.

3.4.5. Age au premier geste

Des informations issues de (SDAC, 2014), on peut dire, en ce qui concerne la répartition par âge de la population que c'est une population essentiellement jeune. Le graphique suivant est une illustration qui renseigne sur ce constat.

Graphique 3 : Répartition de la population de Zè, par âge



Source : SDAC, 2014

D'après ce graphique, on constate que la population en âge de procréer est une population essentiellement jeune. Le groupe ethnique aïzo étant le groupe socioculturel sur lequel porte la recherche, on peut en déduire que le groupe socioculturel aïzo comportent aussi des individus essentiellement jeune. L'âge au premier geste peut être dans certains cas, relativement bas.

De certains échanges, on note un empressement à avoir son premier nouveau-né au sein de certains ménages. Ceci s'explique par le paquet de rites qui entoure ce processus : entre autres le changement de statut social (quitter une catégorie sociale pour une autre catégorie sociale, rejoindre le foyer conjugal pour le cas des femmes etc.), qui confère désormais à l'individu de nouvelles positions et de nouveaux rôles. On constate que la descendance nombreuse n'est plus priorisée. En effet, les exigences socio-économiques évoquées plus haut, ont fortement affecté la tendance à la descendance nombreuse qui était perçue comme un signe distinctif de classification sociale. Les critères actuels renvoient beaucoup plus au fait d'avoir des enfants ayant réussi leur vie professionnelle (cadres de la fonction publique, cadres politiques etc.) et capables de répondre favorablement aux sollicitations des acteurs du milieu. Ces

sollicitations peuvent être de plusieurs ordres : économique, politique, social etc. Le tableau XXII présente les tranches d'âge au premier geste des acteurs rencontrés.

Tableau XXII : Age au premier geste

Intervalles	Age au premier enfant	Effectifs	Pourcentage (%)
Individu de la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans]	[15 ; 25 ans]	16	16
	[25 ; 35 ans]	48	48
	[35 ; 45 ans]	36	36
Total	-	100	100
Individu de la tranche d'âge [45 ans ; +]	[15 ; 25 ans]	26	26
	[25 ; 35 ans]	70	70
	[35 ; 45 ans]	4	4
Total	-	100	100

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

Au niveau des individus de la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans], on constate que environ la moitié des individus (soit 48%) sur le total des enquêtés font leur premier geste à partir de 25 ans, tandis qu'au niveau des individus de la tranche d'âge [45 ans ; +], plus de la moitié des individus (soit 70%) font leur premier geste à partir de 25 ans. En considérant les deux générations, on peut dire que les individus de la tranche d'âge [45 ans ; +], sont beaucoup plus « enclin » à quitter leur statut de mullipart que ceux de la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans]. Ceci peut s'expliquer par les effets induits par les efforts de scolarisation dans le milieu.

Conclusion partielle

On observe une modification de la structure des ménages (ménages polygamiques aux ménages monogamiques), de la tranche d'âge de [45 ans ; +], à la tranche d'âge de [18 ans ; 45 ans]. La taille des ménages varie aussi et diminue.

On observe tout un paquet de normes sociales de régulation de la vie sexuelle et reproductive au sein des ménages, qui ne correspondent pas à celles biomédicales. La réalité sociale dans le site de recherche est tout autre, en matière de gestion de la fécondité au sein du couple. On comprend les situations conflictuelles engendrées parfois par certaines femmes qui sollicitent de façon clandestine les méthodes contraceptives biomédicalisées, (qui amènent les époux à brandir des menaces à l'encontre de ces dernières). On peut donc se poser la question de savoir si les questions relatives à la santé de la reproduction et à la planification des naissances peuvent être réglées exclusivement à coup de textes juridiques et de normes biomédicales ?

Chapitre 4 : Perceptions empiriques liés à la gestion de la fécondité et à la planification des naissances

Ce chapitre comporte quatre sous-titres. Il présente les normes et exigences sociales autour de la gestion de la sexualité et de la fécondité au sein du couple ; les perceptions et logiques autour de la planification des naissances et autour de l'offre contraceptive biomédicalisée.

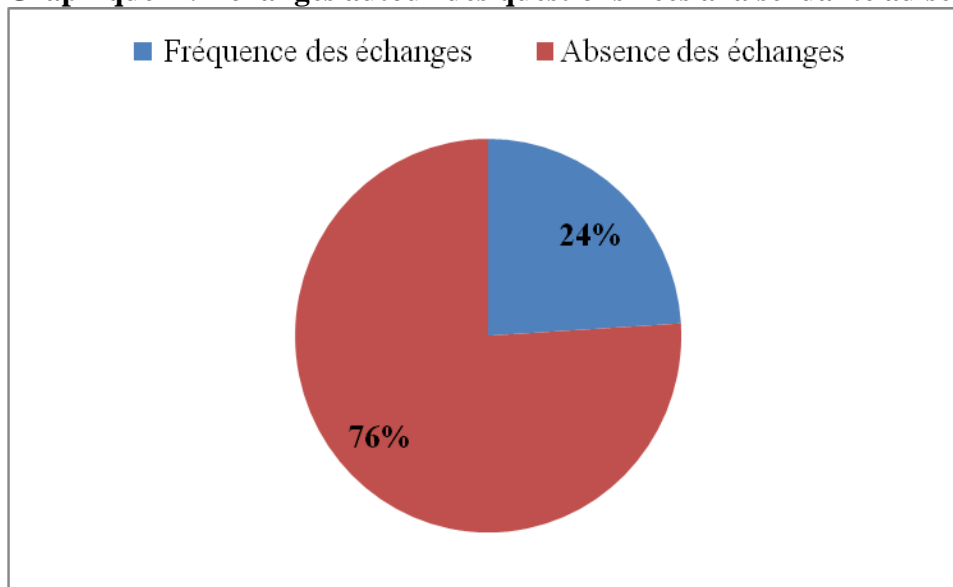
4.1. Les principes et règles autour de la sexualité et de la gestion de la fécondité

On observe un tabou au niveau des questions liées à l'éducation sexuelle de l'individu depuis son plus jeune âge, surtout en ce qui concerne l'échange autour des informations pouvant participer à la connaissance et au fonctionnement de son anatomie. Le fait est que le sexuel est absent de tout échange déjà dès l'enfance, car dit-on « on ne parle pas du sexe avec les enfants ». Ce domaine constitue un champ dont l'exclusivité est réservée aux personnes d'un certain âge. A ce propos, il faut dire qu'aucun domaine de la vie humaine et sociale n'est à ce point réglementé et semé d'interdits que celui de la sexualité (Guillou, 1985). Les questions d'ordre sexuel sont évoquées entre adultes, au sein de la cellule conjugale ou familiale.

Cependant, même sur ce terrain légitime de l'exercice de la sexualité, on n'en parle pas vraiment. Le couple pour la plupart du temps se tait autour de la sexualité et se contente de « la pratiquer ». On constate à travers les échanges avec certains interlocuteurs que la parole y est tout de même absente. Mieux, à travers certains discours, l'acte sexuel semble être un devoir de la femme envers l'homme qu'un devoir du couple. Selon certains acteurs rencontrés, ce n'est souvent pas vu comme un problème que l'homme prive sa conjointe de ce devoir, mais cela pose d'énormes problèmes dans le cas contraire. Le graphique 4 présente les proportions dans lesquelles les questions liées à la sexualité sont abordées.

Individus de la tranche d'âge [18 ; 45 ans]

Graphique 4 : Echanges autour des questions liées à la sexualité au sein du couple

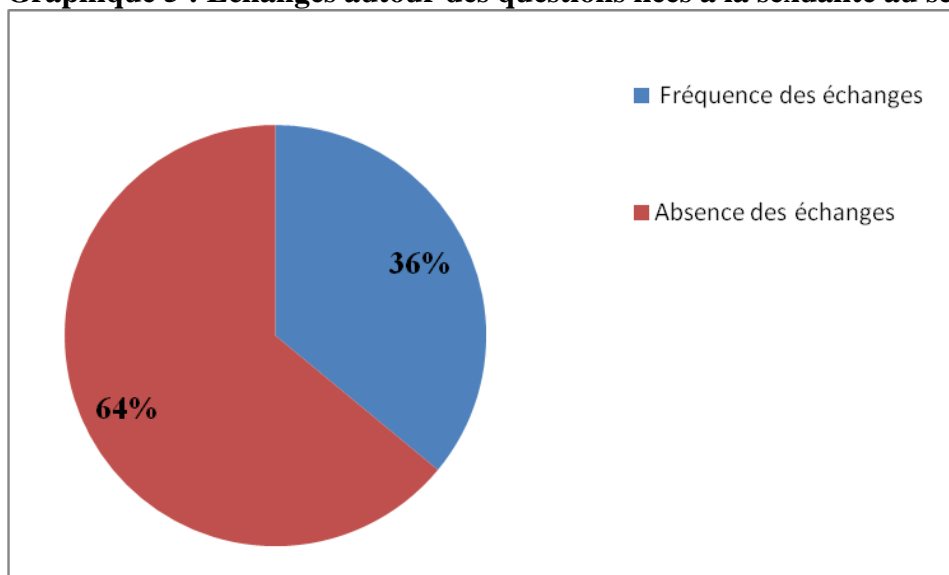


Source : données de terrain, 2016 - 2018

En ce qui concerne les individus de la tranche d'âge [18 ; 45 ans], les résultats issus du graphique 4, montrent que 76% des ménages reconnaissent n'avoir jamais abordé les questions relatives à la sexualité, contre 24%. Cela démontre que soit les questions relatives à la sexualité restent encore tabou dans ce milieu ou soit qu'il s'agit d'un simple désintérêt.

- **Individus de la tranche d'âge [45 ans ; +]**

Graphique 5 : Echanges autour des questions liées à la sexualité au sein du couple



Source : données de terrain, 2016 - 2018

Le graphique 5 montre que 64% des ménages reconnaissent n'avoir jamais abordé des questions relatives à la sexualité contre 36% qui abordent quelques rares fois ces genres de questions. On déduit de ces deux graphiques que les questions relatives à la sexualité restent soit encore « tabou » dans ce milieu ou soit qu'il s'agit d'un simple désintérêt. Partant des deux graphiques, on déduit que ces questions sont très peu abordées.

A ce propos, il faut souligner que sur le milieu de recherche, comme dans certaines sociétés africaines, on note un dispositif normatif et coercitif qui encadre l'éducation depuis la petite enfance en général et qui encadre l'éducation sexuelle en particulier. L'éducation dans ce milieu insiste beaucoup plus sur les règles et conduites à observer et sur les interdits sexuels, à partir de la grande enfance, jusqu'à l'adolescence. C'est dans ce sens que l'éducation familiale de base façonne l'individu dès son jeune âge et oriente son parcours (Ravololomanga, 1992). C'est dans ce souci de « façonnement »

de l'individu dès son plus jeune âge que le groupe social, s'applique à lui inculquer une série de règles. Dans ce processus, l'éducation sexuelle occupe une place de choix. De même, le conditionnement des femmes par le dispositif social à une fonction reproductive, s'impose comme une préoccupation fondamentale. L'éducation sexuelle avec le corps comme support en ce qui concerne sa gestion différenciée prend place dans les débats sur l'éducation du jeune garçon et de la jeune fille. Mais l'on se tait autour des mots qui se rapportent à la désignation des organes génitaux de la jeune fille et du jeune garçon. En ce qui concerne l'éducation primaire, lors de la recherche, les formes d'éducation sexuelles primaires observées au niveau des jeunes garçons et jeunes filles n'incluent pas l'excision. Ce sont généralement les jeunes garçons qui subissent la circoncision. Mais on n'échange pas avec ces derniers sur l'organe « à mutiler », ni sur la nécessité de cette « mutilation », on constate une sorte de gêne à évoquer tout ce qui se rapporte au « sexuel ». Les acteurs de l'environnement immédiat des plus jeunes sont fortement impliqués dans le processus de socialisation de ces derniers. Leur éducation en général et celle sexuelle en particulier ne concerne pas seulement leurs géniteurs, mais tout le groupe social y prend une part active, pour rappeler sans cesse aux jeunes filles et aux jeunes garçons, le rôle qui leur est dévolu en tant que femme et en tant que homme dans la société. L'insistance porte beaucoup plus sur la façon dont ils doivent gérer différemment leur corps et leur vie sexuelle. C'est dire que « l'immixtion familiale dans les mécanismes de gestion de la fécondité commence avec l'éducation sexuelle [...] » (Moussa, 2012 : 114). La plupart du temps, très tôt, on note une sorte de liquidation ou d'évacuation des débats sur le sexuel avec les jeunes enfants. On se limite de leur parler très brièvement du sexe en insistant sur les rôles dévolus à l'homme et à la femme au sein du ménage et dans la société. Des observations faites, on peut dire que ces acteurs éprouvent des difficultés à aborder des questions sexuelles de peur de « heurter » la sensibilité de leurs interlocuteurs ou de leurs proches et de se dérober aux règles de bienséance sociale. Pour s'adresser aux

jeunes enfants, on fait usage des propos allusifs et métaphoriques pour aborder les sujets liés aux faits sexuels. En effet, la sexualité « est socialisée ; le partage sexuel des activités traverse tout le champ de la société et de la culture ; la puissance et le pouvoir, les symboles et les représentations, les catégories et les valeurs se forment *d'abord* selon le référent sexuel » (Balandier, 2008 : 07).

4.2. La femme entre l'obligation de la tenue du lit conjugal et la perte du contrôle de l'activité sexuelle : écart entre normes sociales et pratiques réelles

Le devoir conjugal apparaît dans les consciences individuelles et collectives comme un acte fondamental qu'il faut accomplir pour l'harmonie du couple. L'exercice de l'activité sexuelle au sein du couple est une recommandation sociale.

Cependant, on observe un écart entre les recommandations sociales en matière de gestion de la sexualité au sein du couple et les pratiques réelles. En effet, selon les règles et normes sociales qui régissent la gestion de la fécondité à Zè, les deux conjoints doivent assumer le devoir conjugal l'un envers l'autre. Ainsi,

« L'homme et la femme doivent honorer leur devoir conjugal. Aucun d'eux ne doivent faire la grève du sexe et privé l'autre conjoint de cet acte sacré » (dignitaire religieux, Koundopocé).

Mais dans la pratique, ceci semble être beaucoup plus un devoir de la femme envers son conjoint. Il s'ensuit donc un écart entre les normes sociales et leurs pratiques effectives dans le vécu quotidien. Selon certains interlocuteurs, la femme perd le contrôle de sa sexualité une fois sous le toit conjugal. Ainsi donc, « [...] elle acquiert une autre existence sociale, dont l'achèvement résultera de la maternité. Elle change de régime de sexualité, elle passe d'un état de large liberté à un état de total contrôle sexuel ». (Balandier, 2008 : 16-17). Dans les cas pratiques, de façon globale, la gestion de son corps, par elle-même, ne relève pas toujours de son « bon vouloir ». Dans le milieu d'étude, on dénote dans les faits pratiques, un contrôle social de la sexualité de la femme. De même, le devoir conjugal apparaît comme une sorte de devoir que la

femme doit à tout prix assumer, à chaque fois que son époux manifeste le désir, mis à part les situations d'affections pathologiques. C'est l'une des conditions « *sine qua non* » de son maintien au foyer. D'après certains discours, dès lors qu'elle se dérobe ouvertement à cette exigence conjugale, elle est menacée d'une répudiation ou d'une possibilité d'être secondée avec l'arrivée d'une nouvelle femme au sein du foyer. A ce sujet, un dignitaire de culte traditionnel, déclare :

« La femme qui refuse le lit à son conjoint ne mérite pas d'être une épouse. Pour la femme, c'est plus grave que pour l'homme. Si l'homme refuse le lit à sa femme, je pense que ce n'est pas grave. C'est le contraire qui est difficile à accepter... » (Dignitaire religieux, Adjan).

On voit bien la position tranchée de certains acteurs sur la question de l'exercice du devoir conjugal au sein du couple dans les pratiques quotidiennes, qui apparaît beaucoup plus comme un devoir au « féminin ». Dans le contexte conjugal, la docilité de la femme vis-à-vis de son mari et la satisfaction de ses désirs par cette dernière sont très recommandées (Diarra, 1971). On observe dans les faits pratiques, un écart entre les normes et les pratiques réelles. Les prescriptions sociales qui régissent la gestion de la sexualité et de la fécondité au sein du couple se manifestent autrement dans les pratiques quotidiennes. Selon d'autres interlocuteurs, malgré les effets de la modernité et des campagnes de sensibilisations sur le droit reproductif, qui selon les promoteurs de produits contraceptifs biomédicalisés, confère aux femmes la possibilité de décider de leur vie sexuelle et reproductive « indépendamment » de leur conjoint, la réalité est autre. Cette situation constitue l'un des facteurs explicatifs des difficultés d'appropriation des méthodes contraceptives biomédicalisées. En effet, les promoteurs des produits contraceptifs biomédicalisés dans leur intervention mettent le focus sur le droit reproductif dont dispose la femme (entre autres son droit de disposer de son corps et de prendre des décisions concernant la gestion de son corps, notamment de sa sexualité). Or, lors des recherches, on n'observe pas encore la reconnaissance de ce

type de droit dans les pratiques réelles. La femme ne semble pas disposer de droit sur la gestion qu'elle peut faire de son corps. On constate plutôt un contrôle social de la gestion de sa vie sexuelle et reproductive au sein des couples. De plus, selon certains interlocuteurs, l'homme peut décider de ne pas honorer le devoir conjugal vis-à-vis de son épouse. A priori, cela ne semble pas poser de problème. C'est le contraire qui est sanctionné par la menace de la venue d'une nouvelle épouse. On observe un réel écart entre les normes sociales et les pratiques sexuelles réelles autour de la gestion de la sexualité et de la fécondité au sein des ménages. Ce qui est théoriquement prescrit n'est pas toujours observé par les conjoints. Les femmes se lancent donc, dans des processus de négociations et développent des micro-stratégies, en matière de gestion de la sexualité et de la fécondité au sein du couple, pour planifier au mieux leurs naissances, quand elles jugent les périodes peu favorables pour honorer le lit conjugal. Elles développent au quotidien, des subterfuges pour manipuler leurs conjoints et contourner les normes sociales qui régissent la vie de couple en ce qui concerne les devoirs conjugaux, quand elles « soupçonnent » que le moment n'est pas favorable.

En définitif, on peut dire qu'en apparence, les hommes semblent détenir un certain contrôle sur la sexualité au sein du couple, mais en réalité, les femmes apparaissent comme les principales actrices au cœur du processus de gestion de la fécondité grâce aux micro-stratégies qu'elles développent, au quotidien.

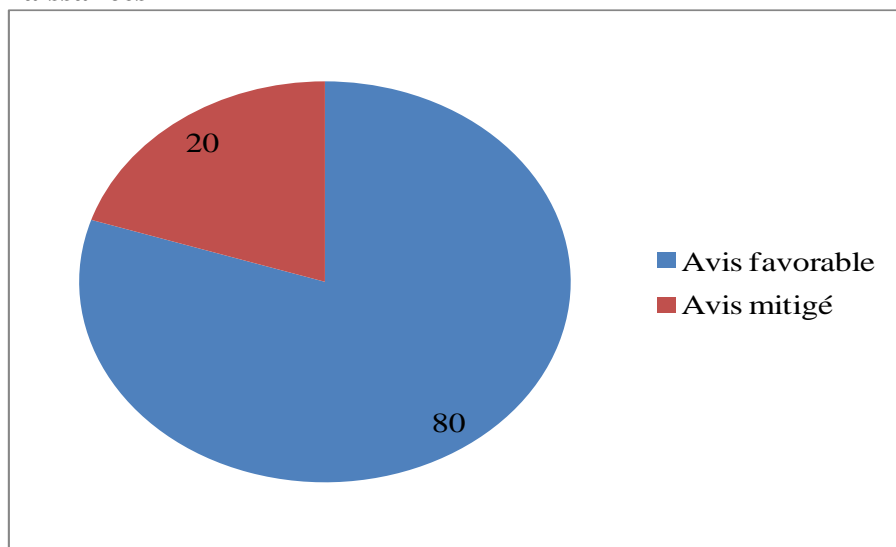
4.3. Perceptions et sémiologies populaires autour de la planification des naissances

Le travail présente à ce niveau ce que les acteurs pensent de la planification des naissances au sein des ménages.

4.3.1. Planification des naissances : source de rationalisation de l'économie du ménage

La planification des naissances est perçue à Zè différemment par les divers acteurs. Mais de façon générale, on retient que les acteurs pensent qu'il est important de planifier les naissances. C'est plutôt la nature de la méthode sollicitée pour la planification des naissances qui se pose en termes de débat. Le graphique 6 illustre diverses positions des acteurs vis-à-vis de la planification des naissances.

Graphique 6 : Point de vue de la communauté vis-à-vis de la planification des naissances



Source : données, 2016 - 2018

Du graphique 6, on a : 80% des acteurs qui pensent qu'il est important de planifier les naissances, contre 20% des enquêtés. On en déduit que la majorité des acteurs accorde un prix à la nécessité de planifier les naissances. Selon ces derniers, planifier les naissances, c'est faire des enfants qu'on est en mesure d'éduquer et d'en prendre soin. Des discours, il ressort la nécessité de faire des enfants selon les moyens disponibles. On déduit que la planification des naissances permet aux ménages de rationaliser les dépenses du ménage vue que l'indisponibilité des terres ne permet plus à une

descendance nombreuse de jouer le rôle de main d'œuvre. Des propos suivants sont illustratifs :

« Il faut faire les enfants selon les moyens et selon sa capacité. Quand l'enfant devient voleur ou braqueur, c'est ton nom qui est Sali ; c'est ton honneur qui va mal... »
(Dignitaire religieux, yokpo)

C'est dire que certains discours condamnent les parents d'enfants qui procréent au-delà de leur capacité financière. C'est dire aussi que les ménages ont à cœur l'équation : nombre d'enfants, moyens disponibles.

4.3.2. Planification des naissances : préservation de la santé de la mère et de l'enfant

On peut dire que la plupart des acteurs s'accordent sur la nécessité de planifier les naissances. La planification des naissances est appréhendée par ces derniers comme une manière de préserver le bien-être physique et social de la mère et de l'enfant. Des discours, on retient que la femme qui a une vie génésique très active est exposée au risque de la mortalité maternelle. De même, certains pensent que les progénitures sont aussi exposées parfois à certaines affections, à cause du fait qu'ils sont très tôt sevrés.

« Quand ma femme est nourrice, je fais l'effort de me maîtriser et de patienter pour que l'enfant grandisse un peu... Ce n'est pas facile de se maîtriser, mais on essaie de gérer... Si je le mets enceinte alors que l'enfant est encore jeune, je sais que je mets sa santé et celle de l'enfant en difficulté et c'est moi qui vais dépenser... » (Responsable évangélique, Zè-centre)

De même, des normes et règles sociales peuvent concourir parfois à mettre fin à la procréation des individus au sein des ménages et participer de ce fait à la limitation des naissances.

« Quand ton aîné garçon prend femme par exemple : toi la mère doit arrêter de faire des enfants. Sinon on dira de toi : ta brue va faire consultation et toi même tu vas faire consultation et tu t'assois sur le même banc qu'elle pour faire consultation. C'est une honte ! Et le sorcier rentre dedans et bouffe tes enfants et dira que c'est ta faute. Même leurs propres enfants sont contre ça et leur défendent de continuer d'en faire [...] »
(Dignitaire de culte traditionnel, Djigbé).

La planification des naissances est perçue par les acteurs non seulement comme un moyen de préserver la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi comme un moyen de rationaliser l'économie du ménage. Le graphique 7, montre les proportions dans lesquelles les acteurs ont exprimé leur point de vue sur la planification des naissances.

Graphique 7 : Raisons justificatives de la nécessité de la planification des naissances

Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : données, 2016 - 2018

Du graphique 7, on peut dire que 58% des enquêtés disent que planifier les naissances, c'est préserver la santé de la mère et celle de l'enfant. L'expression de ce point de vue s'est faite dans une grande proportion, soit 58%. Et 31% des enquêtés pensent que planifier les naissances, c'est avoir le nombre d'enfants selon les moyens disponibles. On peut donc retenir que les acteurs approuvent la nécessité de la planification des naissances au sein des ménages. Selon eux, la nécessité d'éviter les naissances trop rapprochées et une descendance nombreuse passe par deux principales raisons à savoir : le fait qu'il faut préserver la santé des enfants et des mères et avoir à cœur, l'équation : nombres d'enfants, moyens disponibles. La planification des naissances ne se pose donc pas dans ce milieu en termes de problème. Ce qui pose problème, n'est-ce pas la nature de la méthode à utiliser ? Le présent travail mettra en exergue, avec beaucoup plus de détails dans les lignes à suivre, la position des acteurs religieux par rapport à la planification des naissances et ensuite leur position par rapport à la planification à l'aide des méthodes biomédicalisées.

4.4. Gestion de la fécondité à Zè : entre normes socioreligieuses et prescription médicale

Cette section met en exergue d'une part, les logiques et positions des acteurs religieux, par rapport à la planification des naissances et d'autre part, les logiques et positions des acteurs religieux par rapport à la contraception biomédicalisée.

4.4.1. Normes socioreligieuses et planification des naissances

Le travail présente ici la position des religions endogènes et judéo-chrétienne par rapport à la planification des naissances.

4.4.1.1. La religion judéo-chrétienne : une prescription sur fond de tension dialectique entre planification naturelle et biomédicalisée

La planification des naissances apparaît comme une prescription dans ce milieu, en ce sens que, selon certains acteurs, cela contribue à préserver la santé de la mère et de l'enfant. Selon d'autres, elle permet aussi de rationaliser les dépenses du ménage. Toutefois, ces acteurs ne s'accordent pas sur le nombre d'enfants que chaque ménage devrait avoir, ni sur l'intervalle intergénéral. Un responsable religieux déclare à ce propos : « il ne sert à rien d'avoir des enfants dont on n'est pas en mesure de s'en occuper » (Responsable/catholique, Sèdjè-Dénou). En effet, la planification des naissances ne se pose pas en termes de problème ici. Ce qui suscite le débat, c'est la nature de la méthode utilisée pour planifier les naissances. Les responsables religieux (notamment judéo-chrétiens), assimilent les méthodes biomédicalisées aux méthodes abortives. Ils adoptent une position sévère et tranchée vis-à-vis de l'usage des méthodes contraceptives biomédicalisées. Ils recommandent aux fidèles la planification des naissances, mais insistent sur la nature de la méthode à utiliser. Il ressort de leurs positions que, ce sont des méthodes qui portent atteinte à la dignité humaine et dévalorisent par la même occasion la nature humaine. Ces derniers valorisent plutôt les méthodes contraceptives populaires et/ou naturelles. Ils rappellent à cet effet, un certain nombre de principes de préservation de la dignité humaine. Ils insistent beaucoup plus sur la conscience des fidèles et leurs responsabilités face aux actes qu'ils posent, de même que sur la fidélité aux lois et principes de l'église, notamment ceux de l'église catholique. Autrement dit, l'homme est libre d'agir de par sa conscience en choisissant le bon ou le mauvais côté des choses. Même si Dieu, après avoir créé l'homme, avait déclaré : « [...], soyez féconds, multipliez, remplissez

la terre et assujettissez-là [...] » (Segond, 2013 : 10). Cette exhortation à la procréation, implique t-elle une multiplication anarchiste de l'espèce humaine ? Selon les acteurs de la foi chrétienne, notamment ceux de la religion catholique, en exhortant l'homme à se multiplier, Dieu inclue une notion de responsabilité. Car,

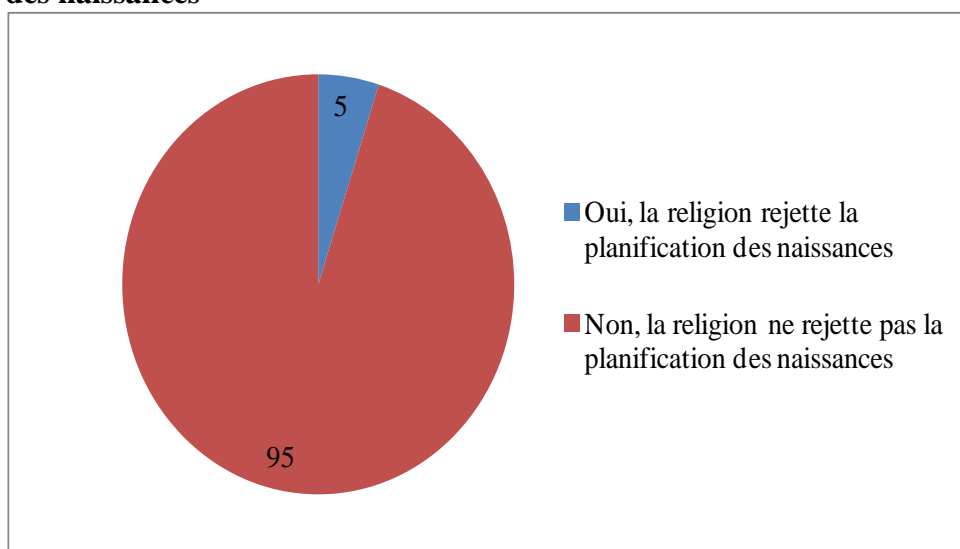
« En se multipliant, il faut le faire selon ses moyens. Si l'homme fait une dizaine d'enfants, [...]. Il porte atteinte au plan de Dieu et à sa volonté en faisant beaucoup d'enfants, tout en étant dans l'incapacité de pouvoir s'en occuper » (Responsable/catholique, Sèdjè-Dénou).

Et un autre responsable de la religion évangéliste d'ajouter :

« Les naissances trop rapprochées portent atteinte à la santé de la mère et des enfants. C'est une nécessité de planifier les naissances. Et il y a des méthodes naturelles pour ça [...] » (Responsable évangélique, Zè-Centre)

Il en résulte que, la planification des naissances ne va pas à l'encontre des prescriptions religieuses, mais c'est plutôt la nature de la méthode choisie pour la planification qui est remise en cause ici. Le graphique 8 présente la position des acteurs de la religion judéo-chrétienne par rapport à la planification des naissances.

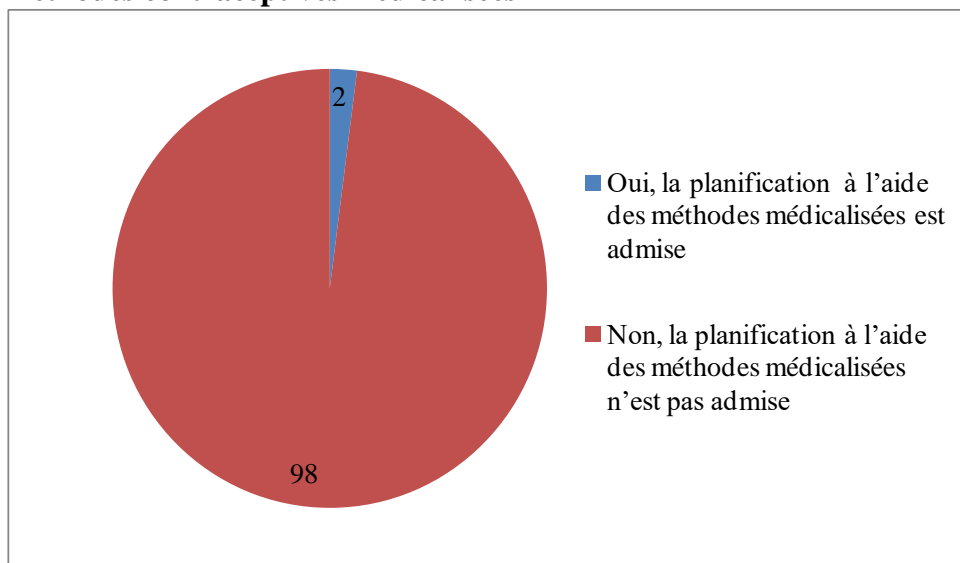
Graphique 8 : Position de la religion judéo-chrétienne vis-à-vis de la planification des naissances



Source : données de terrain, 2016 - 2018

Des résultats du graphique 8, on a : 95% des enquêtés qui pensent que la religion judéo-chrétienne (notamment la religion catholique) est favorable à la planification des naissances au sein des couples, tandis que 5% d'entre eux, déclarent que la religion judéo-chrétienne est contre la planification des naissances. On peut donc déduire de ces résultats que certains acteurs de la religion judéo-chrétienne (notamment certains acteurs de la religion catholique et évangélique) adoptent une position favorable à la planification des naissances. Toutefois, c'est la planification à l'aide des méthodes médicalisées qui n'est pas acceptée par ces derniers. Le graphique 9, renseigne sur cette situation.

Graphique 9 : Position de la religion judéo-chrétienne face à l'usage des méthodes contraceptives médicalisées



Source : données de terrain 2016 - 2018

De l'analyse du graphique 9, on constate qu'à la question de savoir si l'usage des méthodes biomédicalisées de la planification des naissances est-elle admise par les principes religieux ? On constate que 98% des enquêtés reconnaissent que la religion judéo-chrétienne (notamment la religion catholique et évangélique), n'admet pas la

planification des naissances à l'aide des méthodes biomédicalisées, tandis que 2% des enquêtés déclarent que la religion judéo-chrétienne (notamment celle catholique et évangélique), est favorable à la planification des naissances à l'aide des méthodes biomédicalisées. On déduit de ces résultats que, la planification des naissances en elle-même ne va pas à l'encontre des prescriptions religieuses chrétiennes, mais c'est plutôt la nature de la méthode choisie pour la planification qui fait l'objet de débat. On peut donc conclure que la nature des méthodes constitue un facteur fondamental qui suscite ou non leur recours. Cela permet de dire que la disponibilité d'une offre n'engendre pas systématiquement sa demande ou sa « sollicitation » si celle-ci n'est pas en harmonie avec les normes sociales et religieuses du groupe social au sein duquel l'offre est faite.

4.4.1.2. Planification des naissances à Zè : une recommandation des religions endogènes

Assurer sa descendance apparaît comme une exigence sociale dans le milieu de recherche. Toutefois, les avis des dignitaires des religions endogènes sont divergents sur le nombre d'enfants qu'il faut concrètement avoir. A cet effet, les dignitaires religieux des religions endogènes rencontrés s'accordent sur le fait qu'il faut assurer sa descendance en tenant compte de ses capacités financières et matérielles. D'autres prônent systématiquement une faible descendance.

Cela signifie que les acteurs font le point à un moment donné de leur situation, au cours de leurs trajectoires génésiques. Il ressort aussi des échanges avec ces acteurs religieux qu'il y a des pratiques sociales qui participent à la limitation des naissances. Au nombre de ces pratiques, on a : l'arrêt de la maternité par les mères dont les enfants ont entamé le processus de procréation. Des divers échanges avec cette catégorie d'acteurs, on déduit que le groupe social porte un regard réprobateur sur les géniteurs, notamment les mères qui n'ont pas mis fin à leur activité génésique alors que leurs progénitures se sont engagées dans le même processus. Cette désapprobation sociale

s'accompagne parfois de « censure morale » (Goffman, 2003), à l'encontre des intéressées. Dès lors que les parents continuent de procréer et que leurs progénitures se sont engagées dans ce processus, ces derniers sont considérés comme des « déviants » qui participent au « désordre social » (Balandier, 1988). L'une des interlocutrices rencontrées dans son ménage renchérit :

« Je ne peux pas continuer à faire d'enfants alors que l'un de mes enfants a commencé par en faire [...]. C'est une honte ! » (Mère de quatre enfants, Djigbé).

Un responsable de culte traditionnel renchérit les propos ci-dessus, en ces termes :

« Quand les enfants commencent par faire des enfants, on arrête la maternité à leur mère, sinon, ce sont les sorciers qui rentrent dedans pour tuer tous les enfants... » (Dignitaire religieux/culte traditionnel, Waga).

Cette catégorie d'acteurs rencontrés s'accordent donc sur la nécessité de planifier les naissances et pensent que la non observance de cette prescription conduit à des cas de décès maternels et infantiles. Mais, ils n'optent pas pour la planification des naissances selon les référents ou les indicateurs de la santé publique, qui prônent quatre (04) enfants par femme et deux (02) ans, comme intervalle intergénéral. Ils s'inspirent plutôt des indicateurs sociaux, pour planifier leurs naissances. Ce n'est donc pas suivant les indicateurs de la santé publique qu'il faut appréhender la planification des naissances dans ce milieu, mais suivant les référents sociaux du milieu.

4.4.2. Méthodes contraceptives biomédicalisées à l'épreuve des convenances sociales et religieuses

Ce sous titre met en exergue la position de la religion judéo-chrétienne et des religions endogènes vis-à-vis de l'usage des méthodes contraceptives biomédicalisées.

4.4.2.1. Religion judéo-chrétienne et la contraception à Zè : les méthodes contraceptives biomédicalisées au banc des « accusés » !

La majorité des responsables de la religion judéo-chrétienne notamment ceux des religions catholique et évangélique rencontrés à Zè opposent un « non systématique »

à l'usage des méthodes contraceptives biomédicalisées. Selon ces derniers, la planification des naissances doit se faire exclusivement sur la base des pratiques naturelles/populaires et/ou locales. En effet, selon certains responsables catholiques et certains fidèles rencontrés, la foi chrétienne catholique recommande de ne pas dissocier la sexualité de la procréation. Se livrer à un tel exercice c'est nier le caractère divin de l'acte sexuel et de la procréation. Or, des discours anti-natalistes fortement relayés, on dénote une nette distinction entre la sexualité et la procréation. Ces discours mettent en exergue, la capacité de l'homme à contrôler la fécondité à travers les techniques médicales. De même, des échanges avec certains fidèles de la religion judéo-chrétienne, on retient que les difficultés d'appropriation de l'offre contraceptive médicalisée promue à Zè sont liées au respect des prescriptions religieuses. A ce propos, une interlocutrice rencontrée, déclare :

« Je pense que la pilule et les injections qu'on fait pour le planning nous rendent malade mais, agit aussi sur notre foi. C'est pour ça que certaines femmes sont punies par Dieu et elles deviennent stériles... » (Fidèle de l'église catholique, Sèdjè-Dénou).

Un autre fidèle, renchérit

« Notre pasteur nous demande de ne pas dire à notre femme de mettre ces choses de Blancs dans le corps. Certaines femmes font ça en cachette et elles subissent la colère de Dieu et sont tout le temps malades... » (Fidèle de l'église évangélique, EPA, Zè).

Il faut rappeler qu'à partir d'une période donnée, on a assisté à une distinction entre la notion de la santé sexuelle et celle de la procréation. A partir de 1975, on a assisté à l'apparition de la notion de santé sexuelle. Bonnet & Guillaume (2004), pensent que cette notion introduit une distinction entre la sexualité et la procréation. Or, d'après les responsables de l'église catholique, la procréation et la sexualité ne sont pas dissociables. Elles forment une même entité. Ceci introduit une idée de respect de la dignité humaine. Selon ces derniers, fait recours aux méthodes contraceptives biomédicalisées, c'est dissocier la sexualité de la procréation en décidant de la manifestation ou non de la fécondité dans le couple. C'est remettre en cause

l'exclusivité du pouvoir du Dieu Créateur sur la procréation. Selon Renard (1968), lorsque le lien structurel entre sexualité et fécondité est respecté, l'homme reconnaît qu'il n'est pas maître du jeu. Selon ces mêmes responsables, l'usage des méthodes contraceptives biomédicalisées remet en cause l'exclusivité du contrôle divin sur la procréation au sein du couple. Selon ces derniers, cet usage ramène l'homme au même niveau que le Dieu créateur dans le choix ou non de procréer, alors que les pratiques locales et/ou naturelles laissent transparaître une marge d'incertitude dans la gestion de la fécondité que le couple ne saurait contrôler en dehors de l'ordre divin. D'après Renard (1968), dans la contraception artificielle, l'homme refuse la naissance possible d'un enfant, en se plaçant au-dessus du lien structurel entre l'amour et la fécondité, en se mettant sur le même piédestal que le Dieu créateur. Pour les tenants de cette thèse, les couples ne sauraient s'adonner à ces artifices scientifiques qui tentent à les hisser au même niveau que l'être créateur et bouleverser l'ordre divin déjà établi. Selon d'autres acteurs religieux de la l'église catholique, les fidèles doivent se conformer aux prescriptions de l'église catholique en optant pour les méthodes contraceptives naturelles. Ces derniers déclarent que la contraception ne peut jamais être un « bien ». Elle est toujours un « désordre ». En effet,

« Le mot désordre est généralement doté d'une connotation péjorative en raison du sens moral qui est attaché à l'idée d'ordre. Par désordre, on entend communément soit un défaut d'ordre [...] soit une perturbation de l'ordre existant due à un dysfonctionnement interne ou à une contestation externe » (Rangeon, 1997 : 01).

Ces acteurs empruntent le concept « désordre » et caractérisent les méthodes contraceptives biomédicalisées de « désordre » en démontrant que celles-ci portent atteinte à la dignité humaine et remettent en cause, l'ordre divin déjà établi. Il en résulte donc que l'usage des méthodes biomédicalisées de planification des naissances est fortement contesté par certains acteurs de la religion judéo-chrétienne, en

particulier les responsables de l'église catholique et les fidèles rencontrés, de même que ceux de la religion évangélique, qui valorisent plutôt les pratiques contraceptives dites naturelles. Il en ressort que ces derniers remettent en cause l'usage des méthodes contraceptives biomédicalisées pour la planification des naissances.

4.4.2.2. Religions endogènes face à la contraception : le procès contre les méthodes contraceptives biomédicalisées !

En situation de coexistence de mécanismes sociaux et de dispositifs médicaux de régulation des naissances, avec des acteurs ayant des logiques différentes, on assiste à la prédominance du recours aux pratiques locales et aux stratégies individuelles de planification des naissances. En effet, la gestion de la fécondité du couple relève essentiellement des prérogatives des conjoints. Pour certains acteurs religieux rencontrés, les méthodes contraceptives biomédicalisées constituent un instrument de « chosification » du corps de la femme et sont sources de « désorganisation sociale » (Rangeon, 1997). Selon d'autres interlocuteurs, ces méthodes tendent à inciter les femmes à une vie de « mœurs légères » et à la « rébellion ». Un dignitaire de culte traditionnel, déclare à ce sujet :

« Les pilules que certaines femmes prennent en cachette les rendent désobéissantes. Et la femme n'a pas besoin de ça. Ce sont les femmes intellectuelles qui font ça surtout et après elles ont des problèmes avec leurs conjoints. Parfois elles sont malades [...] »

Il faut dire que l'offre contraceptive biomédicalisée a engendré des effets subversifs, en ce qu'elle participe à la « désorganisation sociale » selon certains acteurs religieux et selon certains conjoints. A cet effet, il convient de souligner qu'on observe des logiques d'accaparement d'une parcelle de pouvoir, autour de la gestion de la fécondité du couple, que certaines femmes qui utilisent les produits contraceptifs biomédicalisés développent. Ces dernières cherchent désormais à s'impliquer fortement dans le processus de décisions concernant les expériences génésiques du couple. Elles cherchent désormais à décider avec le conjoint du nombre d'enfants que

le couple doit avoir de même de l'espace entre les naissances. Il faut rappeler que l'organisation sociale est structurée de sorte que le conjoint est le principal acteur au cœur de toutes les décisions concernant le couple, en matière de gestion de la vie sexuelle et reproductive du couple, de la scolarisation des enfants, de l'accès aux soins de santé etc. Mais, on observe au niveau de certains foyers au sein desquels certaines femmes utilisent les produits contraceptifs biomédicalisés, notamment au sein des foyers au sein desquels les femmes ont un certain niveau d'instruction, une tendance à s'impliquer dans le processus de prise de décisions concernant la gestion de la fécondité du couple. De la gestion unilatérale en matière de vie sexuelle et reproductive du couple, on assiste progressivement à une co-gestion de la fécondité au niveau des couples, au sein desquels les femmes ont un niveau intellectuel donné et qui utilisent ces produits contraceptifs. Ceci participe dans une certaine mesure, à un « bouleversement » de l'ordre social préétabli et à un « repositionnement » des acteurs impliqués dans le processus de gestion de la fécondité au sein de ces couples. A cet effet, selon certains acteurs locaux, les discours des promoteurs autour des produits contraceptifs biomédicalisés tendent à « remettre » en cause l'ordre social. A ce propos, les acteurs des religions endogènes rejoignent ceux de la religion judéo-chrétienne concernant leur position vis-à-vis de l'usage des méthodes contraceptives biomédicalisées. En dehors de cet aspect, ces derniers reconnaissent aussi aux pratiques contraceptives locales et savoir-faire, une zone d'incertitude qui demeure incontrôlée par l'homme. Cette zone d'incertitude, selon ceux-ci est contrôlée par un être supérieur. Selon ces acteurs, cette zone d'incertitude permet de ne pas dissocier la sexualité de la procréation et de laisser cette marge de manœuvre à un « être » qu'ils jugent supérieur à l'être humain. Puisque, les seuils d'efficacité des pratiques contraceptives locales, n'étant pas encore démontrés du point de vue scientifique, en dehors des expériences qui relèvent du vécu des acteurs, ces pratiques diffèrent d'une certaine façon des méthodes biomédicalisées. Selon ces acteurs, même si à priori, ces

pratiques se fondent sur l'esprit du refus temporaire ou d'absence définitif d'enfant, il y a souvent une zone d'incertitude « non maîtrisable » qui échappe à l'ingénierie traditionnelle. Selon certains interlocuteurs, la marge d'incertitude, qui échappe au contrôle de l'homme lors du recours aux pratiques contraceptives locales et au savoir-faire en matière de planification des naissances, relève du domaine du « surnaturel ». Ces derniers adoptent donc une position défavorable vis-à-vis des méthodes biomédicalisées de planification des naissances. Ils recommandent beaucoup plus, aux acteurs l'usage des procédés contraceptifs locaux et/ou savoir-faire contraceptif pour la planification des naissances.

4.4.3. Choix reproductif à Zè

Ce sous titre met en exergue comment le choix reproductif s'opère dans le milieu de recherche.

4.4.3.1. Pratiques locales et savoir-faire contraceptifs au cœur du choix reproductif à Zè

Les questions relatives à la planification des naissances au sein du couple sont des questions mobilisatrices d'importants enjeux sociaux. En effet, la gestion de la vie sexuelle et reproductive à Zè est structurée autour d'une série de référents sociaux qui conditionnent le comportement des acteurs. De ce fait, les pratiques contraceptives locales et/ou savoir-faire en matière de planification des naissances sont au cœur des choix reproductifs des acteurs. En effet, « [...] les différents domaines où interviennent les choix reproductifs sont variés : nombre d'enfants, arrêt de vie reproductive du couple, l'espacement des naissances ou encore les délais d'espacement des naissances etc. » (Somé, 2012 : 151). Mais il faut souligner que la planification des naissances ne se fait souvent pas suivant les indicateurs de la santé publique, mais suivants des indicateurs sociaux à Zè. Il est donc évident que la pratique de la planification des naissances ne se résume pas aux statistiques qui en déterminent l'ampleur (en terme de besoins couverts et non couverts). Elle est aussi

« porteuse de multiples significations sociales ». Le recours aux pratiques contraceptives locales et au savoir-faire en matière de gestion de la fécondité, est fondamentalement lié à la proximité sociale entre les divers acteurs. Cette proximité crée des sensibilités affectives (Jaffré, 2006). Ces sensibilités affectives participent au recours à ces pratiques.

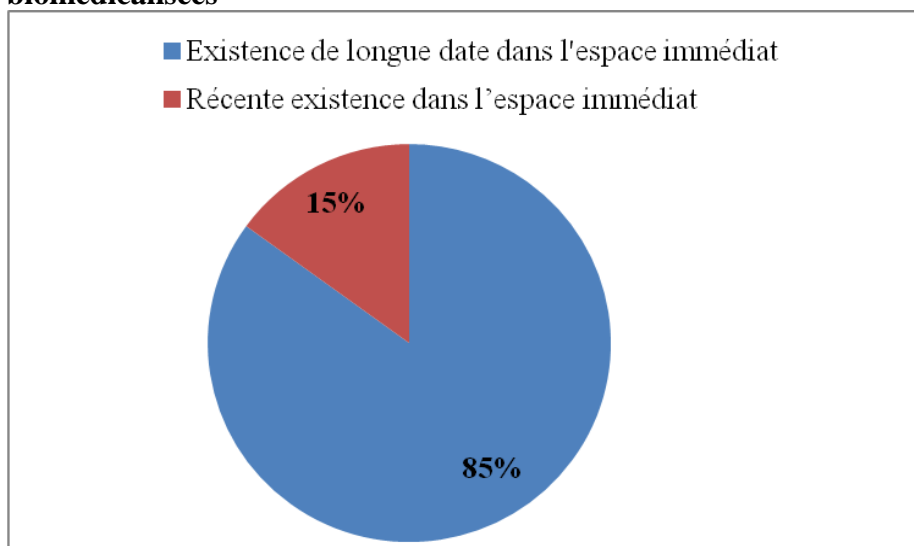
4.4.3.2. Pratiques locales et/ou savoir-faire contraceptifs : proximité entre les divers acteurs

Le choix de la gestion de la fécondité sur la base des pratiques contraceptives locales et/ou savoir-faire en matière de gestion de la fécondité trouvent sa pertinence, non seulement dans la disponibilité de l'offre contraceptive sociale, en matière de planification des naissances, mais aussi dans l'histoire sociale liée à ces pratiques. L'une des enquêtées déclare à ce sujet : « ce sont des choses que faisaient nos grands-parents, il y a des années. Nous sommes venus voir. Alors nous faisons aussi pareil ». A un autre enquêté de renchérir :

« C'est plus facile pour moi de faire ce qui se faisait avant par nos arrière grands parents, au lieu de faire ce que les blancs nous proposent à travers les agents de santé...».

L'histoire sociale renseigne à ce propos que ces procédés contraceptifs sont sollicités depuis quelques années. Le graphique 10 illustre la connaissance des acteurs sur la durée d'existence de ces pratiques.

Graphique 10 : Durée d'existence des pratiques contraceptives non biomédicalisées

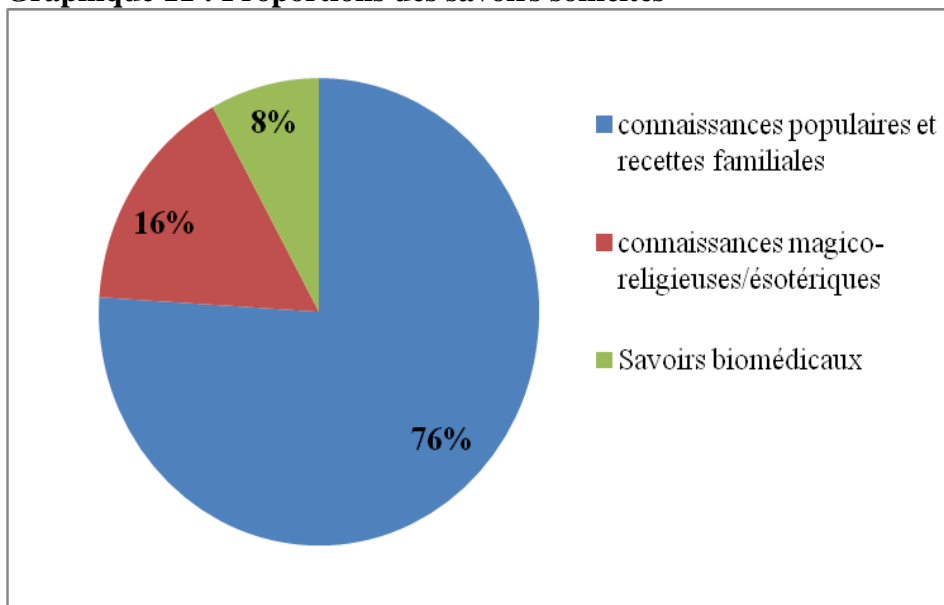


Source : données de terrain, 2016 - 2018

De l'analyse du graphique 10 ; 85% des enquêtés affirment que les pratiques locales et savoir-faire de planification des naissances ont une existence de longue date dans le milieu de recherche. Ces positions confirment davantage la permanence de cette offre, contrairement aux méthodes contraceptives biomédicalisées qui connaissent parfois des cas de rupture. La permanence dans la durée qu'offrent ces pratiques, favorise aussi dans une large mesure leur sollicitation. Une historiographie des pratiques locales et savoir-faire contraceptifs permet d'apprécier dans quelles proportions ces pratiques sont sollicitées.

Le graphique 11, met en exergue les types de savoirs en lien avec les pratiques contraceptives sollicitées dans ce milieu et les proportions dans lesquelles elles sont sollicitées.

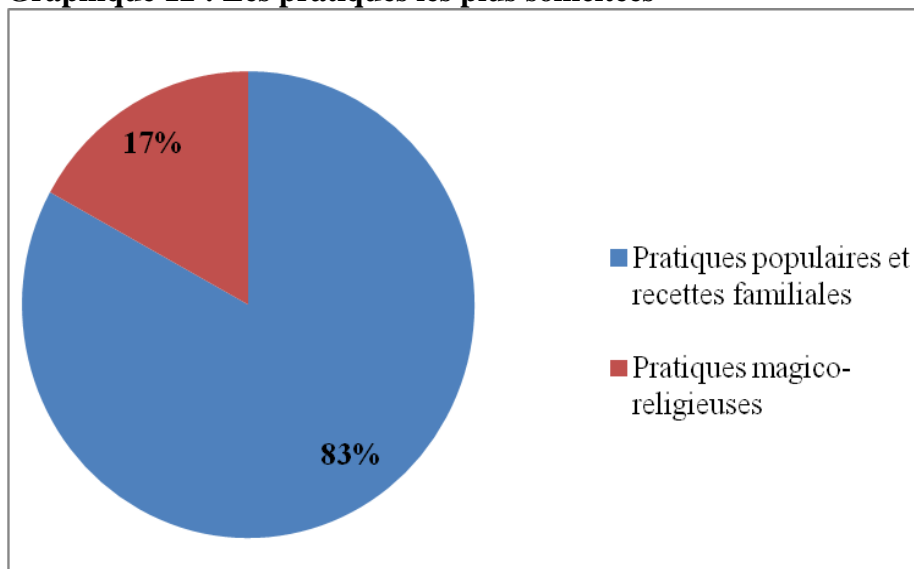
Graphique 11 : Proportions des savoirs sollicités



Source : données de terrain, 2016 - 2018

Des résultats issus du graphique 11 ; 76% des enquêtés sollicitent les pratiques contraceptives ayant un lien avec les connaissances populaires et/ou recettes familiales et 16% des enquêtés ont recours aux pratiques contraceptives en lien avec les connaissances magico-religieuses. Tandis que les pratiques contraceptives en lien avec les savoirs biomédicaux sont sollicitées dans une faible proportion soit 8%. On en déduit que les acteurs sollicitent beaucoup plus les pratiques contraceptives en lien avec les connaissances locales, les connaissances populaires et les recettes familiales. Le graphique 12, met en lumière les pratiques les plus sollicitées dans le milieu.

Graphique 12 : Les pratiques les plus sollicitées



Source : données de terrain, 2016 - 2018

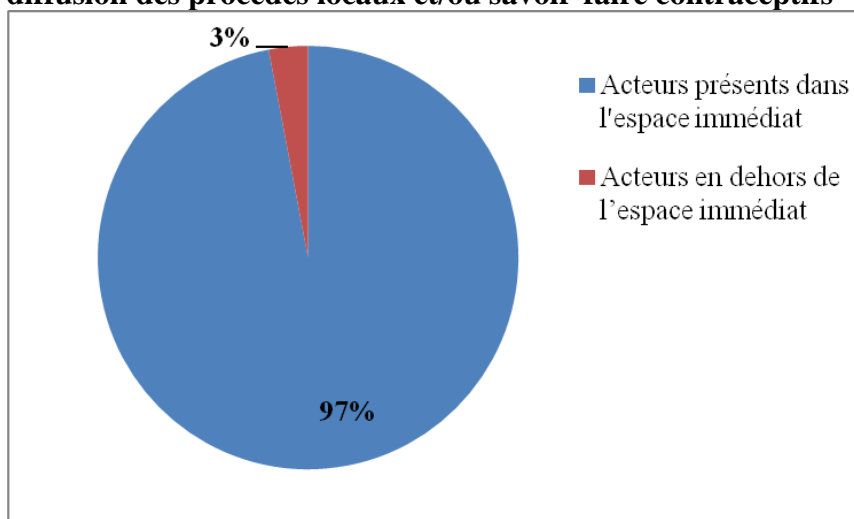
En observant le graphique 12, on retient que 83% des enquêtés sollicitent régulièrement les pratiques populaires et les recettes à portée familiale et 17% des enquêtés sollicitent les pratiques contraceptives magico-religieuses. Ceci s'explique dans une certaine mesure par leur attachement aux convenances sociales. En dehors de ces aspects, la recherche s'est aussi intéressée aux « sensibilités affectives » des acteurs.

En effet, les « sensibilités affectives » des acteurs sont non négligeables pour mieux appréhender les relations complexes entre l'offre et la demande. En effet, selon (Jaffré, 1999), pour comprendre le jeu complexe de l'offre et de la demande, il faut prendre en compte un certain nombre de facteurs à savoir le nom donné au produit, les sensibilités affectives des acteurs en rapport avec le produit. C'est donc loin des considérations théoriques et les discours des praticiens de la santé publique qu'il faut apprécier le recours à ces pratiques. C'est beaucoup plus dans le contact direct, mieux, dans les méandres de la réalité sociale qu'il faut saisir, les mobiles du recours aux

procédés contraceptifs locaux et/ou savoir-faire en matière de planification des naissances. La proximité sociale qu'offrent les pratiques locales et/ou savoir-faire en matière de planification des naissances avec les acteurs qui les sollicitent, favorise le recours à ces pratiques.

Il faut ajouter aussi, les espaces de sociabilité (les espaces privés) dans lesquels se déroulent les interactions autour de l'usage des pratiques contraceptives locales et/ou savoir-faire contraceptif. A ce propos, la diffusion des connaissances contraceptives populaires et locales se fait souvent de bouche à oreille, lors des causeries de l'arbre à palabre ou lorsqu'une femme connait sa première expérience génésique. Or, les méthodes contraceptives biomédicalisées offrent pour seul cadre, le centre de santé. Les espaces dans lesquels se déroule l'offre contraceptive biomédicalisée ne présentent pas les mêmes « sensibilités affectives » et les mêmes « sociabilités » que ceux qu'offrent les procédés locaux et savoir-faire, que les acteurs sollicitent pour la planification de leurs naissances. Ces différents aspects participent dans une grande mesure au recours aux pratiques locales et savoir-faire contraceptifs. Le graphique 13, renseigne sur les liens de proximité entre les différents acteurs lors du processus de diffusion des procédés locaux et savoir-faire contraceptifs.

Graphique 13 : Proximité sociale entre les divers acteurs lors du processus de diffusion des procédés locaux et/ou savoir-faire contraceptifs



Source : données de terrain, 2016 - 2018

Des résultats du graphique 13, il ressort que selon 97% des enquêtés, les acteurs porteurs des pratiques locales et/ou savoir-faire de planification des naissances, se trouvent dans l'environnement immédiat des ménages. Cette proximité crée des liens de sociabilité entre les différents acteurs. Ce qui facilite le recours aux pratiques contraceptives locales et/ou savoir-faire en matière de gestion de la fécondité au sein du couple.

4.4.4. Audience sociale et crédibilité au service des pratiques locales et savoir-faire contraceptifs versus méthodes biomédicalisées ?

La recherche met ici en lumière, certains critères qui concourent au recours aux pratiques contraceptives locales et savoir-faire en matière de gestion de la fécondité.

L'univers social à Zè s'ouvre sur une diversité de pratiques locales et de méthodes contraceptives biomédicalisées (proposées par les promoteurs étatiques et privés). Face à l'offre contraceptive disponible, on note le recours aux pratiques contraceptives issues des connaissances endogènes et populaires ; issues des connaissances magico-religieuses et des recettes à portée familiale etc. Plusieurs raisons sous-tendent ce

constat entre autres, une pluralité de logiques développées à la fois par les promoteurs des méthodes contraceptives biomédicalisées et les acteurs locaux porteurs des pratiques locales et savoir-faire contraceptifs. Cette situation complexifie fortement le recours à l'offre contraceptive biomédicalisée. Ceci se traduit par une faible audience, accordée à l'offre contraceptive biomédicalisée au profit de celle locale, valorisée par les acteurs locaux du milieu d'intervention de l'offre contraceptive biomédicalisée. Cette situation s'explique par le fait que les normes à partir desquelles ces politiques sont élaborées et sont mises en œuvre n'appréhendent pas souvent les normes sociales sur lesquelles repose l'organisation sociale en matière de gestion de la fécondité dans ces milieux d'intervention, qui implique plusieurs catégories d'acteurs.

En effet, une cartographie des acteurs autour de la gestion de la fécondité à Zè renvoie à deux catégories d'acteurs : il y a d'une part, les acteurs locaux porteurs des procédés locaux et savoir-faire en matière de planification des naissances. D'autre part, les promoteurs de l'offre contraceptive biomédicalisée. Au niveau de l'offre contraceptive biomédicalisée, on a les acteurs étatiques, les agents de santé et autres promoteurs (les ONG). Au niveau de l'offre contraceptive locale et savoir-faire contraceptif on a : les guérisseurs traditionnels ou les *amanwato*, les dignitaires religieux, les pères et mères d'enfants etc. Les parents d'enfants confèrent à la deuxième catégorie d'acteurs, une légitimité et une crédibilité certaine, en ce sens qu'ils se réfèrent à ceux-ci au cours de leurs trajectoires génésiques pour gérer leur fécondité. Par contre, l'offre contraceptive biomédicalisée est portée et promue par les praticiens de la santé publique, les agents de santé et autres promoteurs des produits contraceptifs biomédicalisés. La forte sollicitation des pratiques locales et savoir-faire en matière de planification des naissances ne se justifie pas, primordialement par le fait que ces pratiques sont systématiquement efficaces. Leur efficacité n'étant pas encore démontrée scientifiquement (ce sont les discours et les pratiques des acteurs qui renseignent sur leur efficacité relative à travers le vécu quotidien des ménages). Leur forte sollicitation

trouve donc leur pertinence dans le fait que ces pratiques offrent une certaine proximité « culturelle et sociale » à travers les acteurs porteurs. Contrairement aux acteurs de l'offre contraceptive biomédicalisée, on constate que les acteurs porteurs des pratiques locales et savoir-faire en matière de planification des naissances, partagent le même environnement social et les mêmes codes sociaux que les ménages. Ils partagent les mêmes valeurs et normes sociales que ces ménages. Ils sont aussi porteurs d'un certain nombre de crédit social de part leur ancienneté dans le milieu et les situations pour lesquelles, ils sont sollicités (la gestion des conflits sociaux liés à la cohabitation, ceux liés à la gestion des conflits conjugaux). On constate également que le registre de la discrétion qui caractérise aussi le processus de recours à ces pratiques participe dans une grande mesure, à la sollicitation de ces pratiques. Les échanges avec une mère de quatre enfants illustrent cette situation :

« Quand j'ai eu mon quatrième enfant, mon mari est allé voir le sage du village, il lui a fait une tisane que j'ai prise. Je n'ai plus eu d'enfants jusqu'à aujourd'hui. Mais le jour-là j'ai eu de sang ».

Des propos d'un autre enquêté rejoignent ceux ci-dessus :

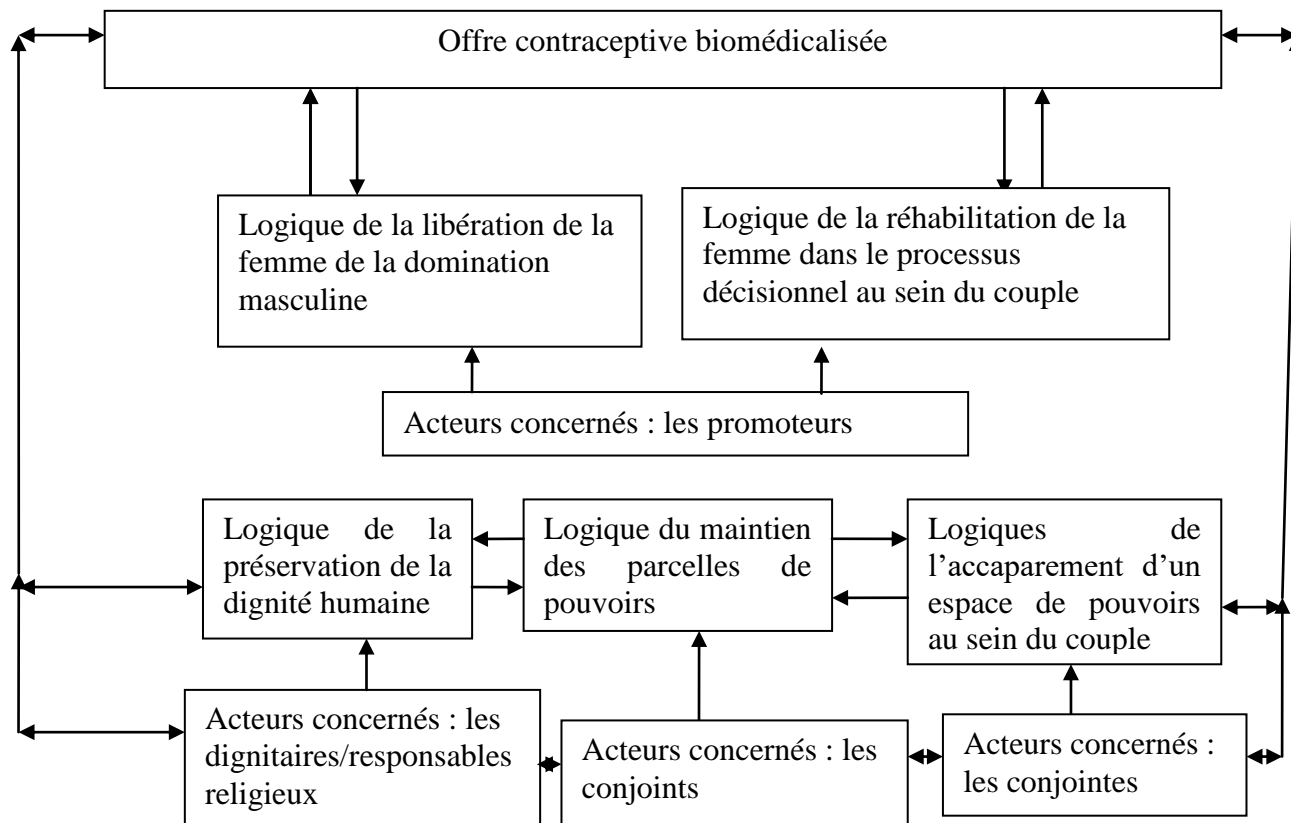
« Ceux qui détiennent des connaissances sur la planification des naissances sont des sages du milieu, comment ne pas croire en eux ? Ce sont des personnes en qui nous avons confiance »

C'est dire donc que l'audience sociale observée au niveau des acteurs porteurs des pratiques locales et savoir-faire contraceptifs s'explique par le crédit social dont les détenteurs de telles connaissances liés à ces pratiques bénéficient auprès des acteurs. Le recours à ces pratiques par ces derniers est intimement lié aux référents sociaux que mobilise la construction sociale de la gestion de la fécondité dans le milieu de recherche. La diversité de logiques que les diverses catégories d'acteurs rencontrés développent expliquent cette situation.

4.4.5. Offre contraceptive biomédicalisée à Zè : quand la diversité des logiques affecte les interventions de la santé publique

En effet, dans la commune de Zè, la monographie des acteurs et les registres sur lesquels ils fondent leurs arguments nous situe dans une dynamique de pluralité de logiques différentes, parfois contradictoires qui rend complexe le champ médical en matière de planification des naissances. Face à l'offre contraceptive biomédicalisée, on observe une diversité de logiques : les conjoints développent une logique du maintien de leurs parcelles de pouvoirs en matière de gestion de la fécondité au sein du couple. Ce qui explique leur réticence à accompagner leurs conjointes dans le processus d'adoption de ces méthodes. A l'opposé, les quelques femmes adoptantes des produits contraceptifs biomédicalisés rencontrées, développent une logique de l'accaparement d'un espace de pouvoirs. Elles veulent désormais être impliquées dans le processus de gestion de leur vie sexuelle et reproductive. Ce qui relevait des prérogatives du conjoint. Les praticiens de la santé publique et les promoteurs de l'offre contraceptive biomédicalisée, quant à eux, développent des logiques qui entrent en contradiction avec celles que développent les acteurs locaux dans le processus de gestion de la fécondité. Ils développent une logique de la « libération » de la femme de la « domination masculine » et une logique de la réhabilitation de cette dernière dans le processus décisionnel, en évoquant les notions des droits reproductifs lors des séances de sensibilisation. Toute cette diversité de logiques rend très complexe le champ médical, en ce qui concerne le recours aux produits contraceptifs biomédicalisés.

Schéma 3 : Logiques différenciées autour de l'offre contraceptive biomédicalisée



Source : données de terrain, 2016-2019

On observe un « empilement » de logiques autour de l'offre contraceptive biomédicalisée, ce qui complexifie le champ médical en matière de recours à cette offre.

Conclusion partielle

Les perceptions autour de la gestion de la fécondité et de la planification des naissances sont variées et diversifiées, en milieu aïzo à Zè. Même si, les acteurs rencontrés, s'accordent sur la nécessité de planifier les naissances, les avis sont divergents sur le nombre d'enfants qu'il convient d'avoir. L'idée de planification des

naissances, en elle-même, n'est donc pas rejetée. Ce qui pose problème ici, c'est plutôt la nature de la méthode à utiliser pour la planification des naissances. A ce propos, il y a une diversité de logiques autour de l'offre contraceptive biomédicalisée. Ce chapitre s'est intéressé donc, fondamentalement à toute cette diversité de logiques que développent les divers acteurs face à l'offre contraceptive biomédicalisée. A cet effet, face à l'offre contraceptive biomédicalisée, on observe une prédominance du recours aux pratiques locales et au savoir-faire contraceptifs, en matière de gestion de la fécondité au sein des couples en milieu aïzo à Zè. Cette situation s'explique par les référents sociaux qui conditionnent le comportement des acteurs en matière de gestion de leur fécondité d'une part et par la diversité de logiques différenciées, parfois contradictoires, qui complexifie le champ médical en matière de sollicitation des méthodes contraceptives biomédicalisées, d'autre part.

TROISIEME PARTIE
PRATIQUES SOCIALES DE LA PLANIFICATION DES
NAISSANCES

Chapitre 5 : Des difficultés de mise en œuvre d'une intervention de santé publique

La troisième partie de ce travail est réservée pour la présentation des données et analyses relatives aux usages sociaux autour de la planification des naissances.

Cependant, avant de présenter les pratiques locales et savoir-faire contraceptifs, qui constituent le cœur de ce travail, la présente recherche a jugé utile de réserver un chapitre à l'offre contraceptive biomédicalisée, en vue de la « décortiquer », pour toucher du doigt les facteurs qui affectent son réelle appropriation par les acteurs. Le chapitre 5, comporte trois sous-titres et part donc d'un point sur l'offre contraceptive biomédicalisée (notamment les activités menées au plan régional, national et à Zè, les cas de désenchantement observés dans le milieu de recherche etc.) pour mettre en exergue les différentes approches de l'innovation à la lumière desquelles nous avons analysé les difficultés d'appropriation de cette offre. Ce chapitre met aussi en exergue les attitudes et postures des promoteurs de l'offre contraceptive biomédicalisée qui affectent, dans une certaine mesure, la mise en œuvre des interventions publiques en matière de planification des naissances.

5.1. L'offre biomédicalisée de planification des naissances : une offre qui peine à prendre !

Le travail présente ici, un aperçu des actions et activités effectuées par les acteurs étatiques et non étatiques dans le cadre de la planification des naissances. Il met aussi en lumière des cas de désenchantement observés au niveau de certaines utilisatrices des produits contraceptifs biomédicalisés, qui affectent le recours à cette offre contraceptive biomédicalisée.

5.1.1. Actions des promoteurs publics et privés en faveur de la contraception médicalisée

Un point de l'offre contraceptive biomédicalisée est fait dans cette section du travail. Il convient de rappeler que plusieurs partenaires internationaux et nationaux participent au financement des activités de la planification familiale à l'aide des méthodes biomédicalisées au Bénin. Les financements proviennent entre autres :

- du gouvernement béninois ;
- des Partenaires Techniques et Financiers ;
- des structures et ONG locales.

-Au niveau international et régional

A ce niveau, au nombre des PTF intervenant dans la promotion des méthodes contraceptives modernes, les plus permanents sont l'USAID, l'Ambassade des pays-Bas, KFW (Fond allemand), le FNUAP, l'IPPF.

-Au niveau national et communautaire

Au niveau national et communautaire, on a : l'Etat béninois, les structures et ONG telles que : ABMS/PSI-Bénin, l'ABPF-IPPF, l'ONG SIAN'SON etc. qui sont les principales ONG offrant des services en matière de planification familiale. Il faut souligner que l'Etat béninois investit dans plusieurs domaines de la planification familiale à travers les crédits délégués au Ministère de la Santé (formation, supervision, promotion, subventions des produits contraceptifs). Une ligne spéciale est allouée depuis 2006 par l'Etat béninois pour acquérir les produits contraceptifs. Depuis sa création, cette ligne a bénéficié d'une provision de deux cent soixante dix millions (270.000 000) de francs CFA. Le tableau XXIII présente l'évolution de cette provision.

Tableau XXIII : évolution de l'appui de l'Etat béninois aux activités de la PF

Années	Montants accordés (Francs CFA)
2006	50.000.000
2007	50.000.000
2008	50.000.000
2009	50.000.000
2010	0
2011	0
2012	10.000.000
2013	60.000.000

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

A travers cette allocation annuelle, l'Etat béninois contribue à l'achat des produits contraceptifs modernes qui sont positionnés à la CAME, qui les met à la disposition des ONG qui offrent des services de planification familiale et qui sont éligibles à l'accès à ces produits. De même, une partie de ces produits est envoyée dans chaque zone sanitaire, sous forme de subvention. C'est le cas de la zone sanitaire : Allada-Toffo-Zè. Mais, pour le cas de la commune de Zè, en dehors des subventions, le centre de santé communal s'approvisionne auprès du site répartiteur d'Allada, sur le budget du centre de santé. Ces produits sont mis à la disposition des bénéficiaires à travers le centre de santé communal situé dans chaque commune composant les zones sanitaires.

✓ **L'appui des partenaires aux ONG intervenant dans la planification familiale au Bénin**

Plusieurs ONG au Bénin bénéficient de l'appui des PTF dans ce domaine. Cependant, seulement deux ONG ont fourni des informations sur les appuis qu'elles ont reçus des PTF. Le point des appuis reçus de 2007 à 2010 est réparti dans le tableau XXIV.

Tableau XXIV : évolution des appuis des PTFs aux ONG intervenant dans la PF

Années	Montants en (francs CFA)
2007	990.168.244
2008	668.037.294
2009	1.136.677.949

Années	Montants en (francs CFA)
2010	1.151.603.003
Total	3.946.486.490

Source : données de terrain, 2016, 2018

En ce qui concerne les partenaires qui viennent en aide aux ONG, les plus réguliers sont : l'UNFPA, l'IPPF, les Pays-Bas et l'USAID. Le nombre de partenaires qui appuient une ONG donnée varie dans le temps de même que la valeur de cet appui.

Les ressources des partenaires servent à financer surtout : l'acquisition du matériel médico-technique et matériel roulant, l'achat des produits contraceptifs, les dépenses de formation, l'organisation des campagnes de promotion. Pour ce qui concerne leur répartition, les PTFs accompagnent les ONGs au sein de leur zone d'intervention.

✓ **Les activités des ONG intervenant dans la planification familiale, au Bénin**

Les ONG telles que ABMS-PSI-Bénin a mis en œuvre plusieurs projets tels que : le projet IMPACT, ayant pour composant la planification familiale/VIH/SIDA, exécuté dans sept zones d'interventions de l'ABMS-PSI, le projet : LES LEADERS RELIGIEUX S'ENGAGENT. Ce projet met l'accent sur la sensibilisation et la formation des leaders religieux pour un référencement des personnes désireuses de faire recours aux produits contraceptifs vers les centres et cliniques Pro-Fam. Le projet COF : CHOOSE AND OPPORTUNITY FOADS (met le focus sur la réduction des besoins non satisfaits en termes d'usage des produits contraceptifs biomédicalisés), le projet sur la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents, le projet KFW (financé par les allemands) etc.

-On observe aussi la mise en place d'un réseau de cliniques spécialisées appelées cliniques Pro-Fam et autres cliniques appelées cliniques affiliées. Les critères du choix des cliniques Pro-Fam sont entre autres (être une clinique régulièrement enregistrée au ministère de la santé, ayant un plateau technique performant et disposant d'une

ressource humaine qualifiée etc). Il y a aussi la mise en place des centres de jeunes « Amour et Vie » dans certains collèges.

-On note la disponibilité de deux cliniques mobiles servant aux sensibilisations de masse, sur l'importance de la planification familiale à base des produits contraceptifs modernes avec des cliniques mobiles et des vidéo-projections dans les zones comportant des cliniques Pro-Fam ou cliniques affiliées.

-Les ONGs font aussi des interventions de proximité (sensibilisations périodiques dans des ménages situés dans des zones reculées ou rurales). La majorité des zones sanitaires sont couvertes par les ONG, mais trois sont très fréquentes dans la zone sanitaire Allada-Toffo-Zè. Les ONGs intervenant dans les différentes zones sanitaires offrent une panoplie d'activités et des produits contraceptifs.

Les produits contraceptifs disponibles à ABMS-PSI

Les tableaux XXV et XXVI présentent un aperçu des produits contraceptifs disponibles à l'ABMS-PSI-Bénin et à l'ABPF-IPPF.

Tableau XXV : point des produits contraceptifs disponibles à ABMS-PSI

Intrants	Durée	Observations
Les pilules	Variable	-
les injectables	2 à 5 ans	-
-les implants	5 ans et plus	-
-le stérilet, DIU	10 ans	-
-les préservatifs masculins et féminins	-	-
-collier du cycle alaafia	Indéterminée	-
-les spermicides (gerles, pommades ou comprimés)	Variable	-
MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et Aménorrhée)	-	-

Source : données de terrain, ABMS-PSI, 2016, 2017, 2018

Les produits contraceptifs disponibles à l'ABPF

Tableau XXVI : point des intrants contraceptifs disponibles à l'ABPF

Intrants	Durée	Observations
Pilules	Variable	-
Les implants (type hormonal)	5 ans	-
Les injectables (type hormonal)	2 à 3 ans	-
Les dispositifs intra (stérilet et DIU)	12 ans	-
Collier du cycle	Indéterminée	-
Les spermicides (méthodes de barrière)	Variable	-

Source : données de terrain, l'ABPF, 2016, 2017, 2018

Les tableaux XXV et XXVI présente un point des méthodes que l'ABPF et ABMS-PSI-Bénin promeuvent.

-Les avantages et inconvénients des méthodes

Selon les responsables des ONGs rencontrés (ABPF et ABMS-PSI-Bénin), la plupart des méthodes contraceptives biomédicalisées présentent une efficacité allant de 98% à 99%. Mais, les plaintes les plus fréquentes enregistrées concernent : la perturbation du cycle, le gain du poids, les saignements pendant les tous premiers mois (environ trois (03)) etc.

✓ Actions et activités de planification des naissances menées à Zè

On observe à Zè l'existence d'une offre contraceptive au niveau du centre de santé communal (qui s'approvisionne en produits contraceptifs grâce au budget du centre de santé, auprès du dépôt répartiteur à Allada) et d'une offre périodique à travers les campagnes de masse par l'ABPF (campagne de gratuité). Les séances de sensibilisation de masse se tiennent au centre de santé de la commune. Mais on observe des sensibilisations au niveau de certains arrondissements comme l'arrondissement de Djigbé ou Sedjè-Dénou. Elles ont pour objectifs d'attirer l'attention des ménages sur la nécessité d'espacer et de limiter les naissances à l'aide des produits contraceptifs et sur la disponibilité des produits contraceptifs modernes. Il y avait aussi le projet SIDA, dans les arrondissements de Djigbé et de Sèdjè-Dénou en

2013 et qui avait pris fin en 2015. Pour le cas de l'arrondissement de Djigbé, mis à part la formation des relais communautaires, les activités tournent autour des sensibilisations sur le comportement sexuel des élèves et des conjoints sur les bonnes pratiques sexuelles et le dépistage du SIDA. Il y a aussi, l'ONG SIAN'SON, en collaboration avec la DSME qui a organisé des formations de deux (02) jours, à l'endroit de douze (12) relais communautaires en 2018 et en début 2019, dans le but de former ces relais et les outiller pour sensibiliser les ménages à solliciter la méthode sayana press (injection de trois mois) pour planifier les naissances. En 2018, l'ABPF en collaboration avec le centre de santé de la commune de Zè, a organisé une séance de sensibilisation de masse (sensibilisation de proximité), à l'endroit des ménages dans l'enceinte du centre de santé et a offert gratuitement des produits aux femmes désireuses. Certaines femmes pratiquent le jabelle sur place, lors de ces séances de sensibilisation de masse.

On observe aussi la mise en place d'une cellule COGEC composé des acteurs locaux et de deux agents de santé (un responsable de la maternité et un responsable du dispensaire), pour faire des sensibilisations périodiques et de proximité (par trimestre), sur l'importance du planning à l'aide des méthodes médicalisées. Il y a eu deux sensibilisations en 2018 et une seule sensibilisation en juin en 2019. Selon certains interlocuteurs, ces sensibilisations ont influencé dans une certaine mesure, le comportement des ménages dans la gestion de leur vie génésique.

L'offre biomédicalisée disponible au centre de santé communal sont les méthodes à longue durée d'action telles que l'implant (le jabelle : 5 ans de durée) et l'implanon (3 ans), le DIU (10 ans) et les méthodes à courte durée d'action telles que le noristérat (injection de 8 semaines ou 2 mois) et le sayana-press (12 semaines ou 3 mois), la pilule d'un mois (microginon et microlut), le préservatif masculin etc. Selon certains promoteurs de ces produits rencontrés à Zè, il y a une faible sollicitation desdits produits (taux de prévalence contraceptive à Zè en 2017 : environ 2% en 2017 et 4%

environ en 2018, selon le responsable maternité). Les propos d’entretiens suivants renforcent les propos de ces promoteurs rencontrés :

« Je suis les séances que les agents de santé organisent pour nous parler de l’importance de ne pas faire les enfants n’importe comment. Je trouve ça bien. Mais, je ne veux pas utiliser leurs comprimés, ni leurs injections [...] » (Mère, Dawé, 2019).

Les acteurs ne désapprouvent pas la planification des naissances, en elle-même. Ce qui est remis en cause, c’est la nature de la méthode à utiliser pour planifier les naissances. De plus, si nous considérons le cas de celles qui sollicitent les produits biomédicalisés, il ressort des échanges avec certains promoteurs que ces dernières préfèrent solliciter ces produits dans la discrétion totale à des heures non prévues par les séances d’IEC. Elles viennent plutôt (entre 18h-21h). Les méthodes sollicitées par ces dernières sont surtout les méthodes injectables (Sayana-press et Noristérat) et les méthodes de longue durée d’action, telles que les implants (le jadelle, en particulier). Il ressort des échanges avec certaines utilisatrices, que ces méthodes ne « renseignent » pas systématiquement sur le statut de celle qui la pratique comme étant une femme utilisatrice de ces produits, mis à part les effets secondaires qui renseignent parfois le conjoint et l’environnement immédiat sur son état. Le tableau XXVII illustre les proportions dans lesquelles les méthodes biomédicalisées disponibles sont sollicitées.

Tableau XXVII : méthodes biomédicalisées sollicitées au cours de l’année 2018

Méthodes		Nombre total sollicité
DIU		1
C.O. (pilule)		10
C.I. (injectable)	Noristérat	87
	Dépo provera	1
	Sayana press	75
Implants	Jadelle	47
	Implanon	8
Préservatif masculin		6

Source : réalisé à partir du registre de décompte SMI/PF/NU-CSCOM-Zè, 2019

Des résultats issus du tableau, on constate que les méthodes les plus utilisées au cours de l'année 2018, sont les injections (noristérat et sayana press) et les méthodes de longue durée d'action telle que la méthode : le jabelle. On en déduit que les femmes qui pratiquent la contraception biomédicalisée ont plus de penchant pour les injections. Les résultats issus du tableau suivant confirment davantage cette situation.

Tableau XXVIII : méthodes biomédicalisées sollicitées au cours des six derniers mois

Méthodes		Nombre total sollicité
DIU		1
C.O. (pil)		12
C.I. (injectable)	Noristérat	16
	Dépo provera	0
	Sayana press	101
Implants	Jabelle	27
	Implanon	3
Préservatif masculin		0

Source : réalisé à partir du registre de décompte SMI/PF/NU-CSCOM-Zè, 2019

Des résultats issus de ce tableau, on observe que la méthode la plus sollicitée au cours de ces six derniers mois au moment de la recherche, par celles qui ont recours aux produits contraceptifs est la méthode de l'injection (sayana press). Ces résultats viennent confirmer les informations du tableau précédent.

On peut conclure, à travers ces informations que les méthodes injectables sont les produits contraceptifs biomédicalisés les plus sollicités parmi le paquet d'offre biomédicalisée proposée aux femmes, ces deux dernières années (au moment de la recherche), par les femmes utilisatrices de ces méthodes. Selon certains interlocuteurs, ces méthodes n'exposent pas la pratiquante au « regard social », puisque l'injection « ne laisse pas de trace » pour que la personne puisse être reconnue comme une utilisatrice des produits biomédicalisés et subir une « sanction sociale » de la part de son environnement immédiat, comme le cas des pilules ou l'individu se voit contraint

« d’avalier des comprimés » tous les matins. De plus, selon ces dernières, elles les sollicitent à des heures non réglementaires de peur que l’information ne s’éfrite, dans le but d’éviter que l’entourage ne soit informé. C’est dire donc que ces produits n’ont pas encore reçu « l’approbation sociale » du fait des effets subvertifs que l’offre biomédicalisée a engendré. En effet, cette offre est perçue comme un facteur de « désorganisation sociale » et de « libertinage sexuelle ». Ainsi donc, pour ne pas « perdre la face » au sens goffmanien du terme, certaines femmes préfèrent « une sollicitation nocturne », loin de tout regard. Il faut ajouter aussi que les rumeurs autour des effets secondaires, que l’utilisation des produits contraceptifs engendre au niveau du corps des utilisatrices ; effets secondaires que les promoteurs « passent » parfois « sous silence », lorsque certaines femmes sollicitent ces produits participent aussi du faible recours à l’offre contraceptive biomédicalisée.

De plus, le chiffre zéro constaté au niveau du tableau XXVIII en ce qui concerne l’usage actuel du préservatif masculin, montre qu’au cours des six premiers mois de l’année 2019, les hommes n’ont pas sollicité l’usage du préservatif masculin. Ce constat s’explique par le fait que les méthodes contraceptives biomédicalisées n’ont pas encore reçu l’assentiment total des hommes. Ceci s’explique aussi par le fait que selon les perceptions populaires, l’usage du préservatif est perçu comme une pratique adaptée à certaines catégories de femmes que certains acteurs appellent (les femmes « dépanneuses » ou femmes « libres »). Des échanges avec certains interlocuteurs, il en ressort que les hommes sollicitent quelque fois, les femmes qui ne sont pas en situation d’alliance matrimoniale, pour gérer leur sexualité du moment, en faisant recours aux produits contraceptifs tel que le préservatif masculin, quand leur conjointe devient nourrice. Il faut ajouter aussi qu’en cas de rupture du stock du préservatif au niveau du centre de santé communal, les hommes vont s’approvisionner au niveau des coins de vente.

5.1.2. Les effets dissuasifs induits par l'utilisation des méthodes contraceptives biomédicalisées

Cette section fait un point au plan régional, national et à Zè de ce que l'imaginaire populaire appelle les rumeurs à propos de l'usage des méthodes contraceptives et le désenchantement observé au niveau de quelques femmes qui ont utilisé ces méthodes à Zè.

5.1.2.1. Les éléments des effets dissuasifs en rapport avec l'usage des produits biomédicalisés recensés au plan régional

Ce sous titre fait le point des éléments des effets dissuasifs en rapport avec l'usage des produits biomédicalisés au niveau régional.

-Faits vécus, rapportés par les bénéficiaires aux prestataires

Trois thèmes sont évoqués : les troubles des règles, l'interférence entre les grossesses évolutives et les contraceptifs, ainsi que le retard de retour de fertilité (stérilité) sont parmi les faits vécus par les patients et rapportés aux prestataires au quotidien. Ces faits ont retenu l'attention de ces derniers et ont conduit à l'élaboration des postulats de recherches biomédicales sur les méthodes contraceptives.

-Craintes qui découragent :

Les rumeurs autour des risques de grossesses extra-utérines et des cancers du système reproductif sont des arguments qui font reculer nombre de personnes désireuses d'adhérer au programme de planification familiale à l'aide des méthodes biomédicalisées. Les effets dissuasifs induits par l'utilisation des produits contraceptifs biomédicalisés recensés au plan régional sont présentés dans le tableau XXIX.

Tableau XXIX : éléments des effets dissuasifs recensés autour des contraceptifs au plan régional

Thèmes	Relation de cause à effet	Méthodes contraceptives en cause
-Troubles des menstrues	Troubles des menstrues -Règles abondantes, règles de	1.Contraception injectable

Thèmes	Relation de cause à effet	Méthodes contraceptives en cause
	longue durée, métrorragie	2. Stérilisation féminine
-Troubles de virilité	-Diminution de la performance sexuelle	1. Contraception injectable 2. Vasectomie
-Interférence contraceptifs et grossesses évolutives	-Effets nocifs sur le produit de conception	-Contraception injectable, Implants, DIU
-Transmigration des intrants contraceptifs insérés in loco	-Migration dans le corps	1. Implants 2. DIU
Indications des contraceptifs	-Spéculations diverses	-Implants, DIU, Stérilisation féminine, Vasectomie
-Techniques d'administration	-Spéculations diverses	1. Implants 2. Stérilisation féminine
-Grossesses extra-utérines	-Risque	1. Implants 2. Stérilisation féminine
- Stérilité	-Causalité	1. Contraception injectable 2. DIU
-Cancer du système reproductif	-Causalité	-Contraception injectable, Implants, Vasectomie
-Contraception et risque de contamination au VIH	-Exposition au VIH	-Contraception injectable
-Perte de densité minérale des os et problèmes cardiaques et du système immunitaire	-Risque	1. Contraception injectable 2. Vasectomie

Source : réalisé à partir des données issues de la formation clinique 2011-2012 et des données de terrain, 2016-2018

Les principaux thèmes recensés dans le tableau XXIX, retiennent l'attention des prestataires et appellent à la réflexion

-Services de planification familiale

Selon les praticiens de la santé publique et promoteurs des produits contraceptifs biomédicalisés, face au poids des rumeurs, il s'avère nécessaire d'interroger les programmes et de concevoir les modèles d'adaptation pour essayer d'apporter des tentatives de solutions aux rumeurs. Ces praticiens proposent une restructuration des services de counseling pour mieux aborder tous ces sujets et rassurer les clients sur les méthodes, les changements réversibles observés, principalement en ce qui concerne les troubles des règles et le retard de retour de fécondité qu'ils pensent être assimilé à une probable stérilité, en ce qui concerne les méthodes hormonales. De plus, les praticiens proposent qu'au cours des visites cliniques, les examens des seins et du col utérin se pratiquent pour prévenir tout état précancéreux. Ils soulignent aussi la détermination des cycles de fertilité, des dates des premiers et derniers jours des règles. De même, ils préconisent le diagnostic ordinaire de grossesse avant l'administration d'une méthode. Face aux rumeurs, les promoteurs des produits contraceptifs ont identifié deux thématiques centrales servant de supports de recherche. Deux proverbes : « il n'y a pas des fumées sans feu » et « il n'a rien pour rien » attirent l'attention des praticiens sur les rumeurs et les réalités en matière de contraception, en vue d'apporter les tentatives de solutions et de jeter les bases de la recherche novatrice. Les points d'ancrage de leurs recherches concernent désormais les principaux thèmes autour desquels tournent les rumeurs. Le tableau XXX présente les grandes tendances issues du recensement des rumeurs et les axes autour desquels porteront les recherches.

Tableau XXX : Thèmes et postulats de recherche

Thèmes	Méthodes	Supports de la recherche	Axes de recherche
1. Retard de retour de fertilité (Stérilité)	Contraception injectable	Retard de retour de fertilité comme support d'une méthode semestrielle ou de longue durée	2. Recherche biomédicale sur le retard de retour de fertilité comme support d'une méthode de longue durée

Thèmes	Méthodes	Supports de la recherche	Axes de recherche
2. Troubles des règles et variation pondérale	Contraception	Prévenir sur ces troubles, rationalise l'usage de l'intrant et facilite le recours à l'intrant	1. Recherche clinique, menée et qui aide à prédire, à la fois, sur les troubles des règles et sur les variations pondérales

Source : réalisé à partir des données issues de la formation clinique 2011-2012 et des données de terrain, 2016-2018

Ce tableau a mis en relief les deux thèmes fondamentaux retenus et les pistes de recherche en vue de « corriger » les rumeurs autour de l'usage des produits contraceptifs biomédicalisés.

5.1.2.2. Désenchantement autour des contraceptifs biomédicalisés à Zè

On observe un désenchantement de quelques acteurs qui pratiquent les contraceptifs biomédicalisés dans ce milieu. En dehors de l'attachement des acteurs aux pratiques coutumières et aux convenances sociales en matière de gestion de la fécondité, ce désenchantement est conforté par une série de rumeurs qui participent aussi aux difficultés d'appropriation des contraceptifs biomédicalisés par les acteurs. Le tableau XXXI présente un point des rumeurs recensées, au cours de la recherche.

Tableau XXXI : éléments des effets dissuasifs en rapport avec les contraceptifs biomédicalisés à Zè

Thèmes	Relation de cause à effet	Méthodes contraceptives en cause
Stérilité	Causalité	1. Implant
		2. injection
		3. DIU
		4. pilule
Troubles des règles	Causalité	-Implants
Amaigrissement	Risque	-Injection
Obésité	Risque	-Pilule
Maladies/affections	Risque	-Contraception de tout genre
Coupure des intestins	Causalité	-DIU, stérilet
Cancer de l'utérus	Causalité	-DIU, stérilet

Thèmes	Relation de cause à effet	Méthodes contraceptives en cause
Infidélité	Risque	Contraception de tout genre
Déplacement dans le corps de la femme	Causalité	-DIU, stérilet
Enfant né avec le produit	Causalité	DIU, stérilet
Mauvaise haleine	Risque	-Implant
Mal de tête	Causalité	-pilule
Incitation à la débauche sexuelle	Risque	-Contraception de tout genre
Stérilité, comme punition divine	Risque	Pilule
Douleurs des seins (tensions mammaires)	Causalité	Pilule

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018, 2019

Le tableau XXXI présente une synthèse des plaintes et rumeurs que les interlocuteurs ont évoquées. Elles proviennent des femmes anciennes utilisatrices et nouvelles utilisatrices des produits contraceptifs. Elles proviennent aussi des promoteurs de ces produits contraceptifs qui évoquent des plaintes qu'ils enregistrent régulièrement auprès de leurs clientes utilisatrices de ces méthodes contraceptives. A cet effet, quelques cas ont retenu notre attention.

A l'image de certaines interlocutrices rencontrées, les trois interlocutrices dont nous avons rapporté quelques propos ici, ont mal vécu leur expérience contraceptive et ont fini par abandonner la pratique contraceptive biomédicalisée.

Encadré 1: Ancienne utilisatrice de l'injection

« Mon premier geste m'a trompé, j'avais fait l'injection et je me plaignais beaucoup, à cause des problèmes que j'avais. Je voyais beaucoup de sang. Je suis tombée enceinte quand même, malgré le planning. J'ai fini par abandonner le planning. Celles qui ont fait aussi à côté de nous étaient aussi malades comme moi. Je connais une dame qui a fait l'implant et qui est souvent malade. Elle voit ses règles pendant 21 jours de façon discontinue.

Elle peut être en couche ce jour et le jour d'après rien et ainsi de suite. Elle m'a dit qu'elle était la seule personne qui en souffrait dans le lot de toutes celles qui l'avaient fait. J'étais allée vacciner mon enfant et on s'est rencontré à la consultation. Ensuite, elle a demandé à la sage-femme de le lui enlever. Une autre m'a dit que si on place la chose de l'anus (DIU), on souffre pendant 07 mois et après cela s'adapte avec ton sang et tu n'es plus malade. Les sages-femmes nous parlent beaucoup du planning lors de nos consultations, mais on a vraiment peur à cause des maladies que cela provoque » (Patiente Cskom, Zè-Centre).

Source : données de terrain, 2016

Encadré 2 : Ancienne utilisatrice de la pilule

« Quand j'ai commencé par prendre la pilule, cela m'avait créé de problèmes. L'agent m'avait dit de prendre les comprimés régulièrement. Mais parfois, j'oublie. Parfois, je les prends. Donc, j'ai fait un mois et demi avant de finir. Je continuais à prendre les comprimés quand mes règles sont venues avant la date normale. En plus, au lieu que cela soit pendant trois (03) ou cinq (05) jours, cela avait pris huit (08) jours et je voyais beaucoup de sang. Après le huitième (8^e) jour, mes règles ont cessé, mais ont repris encore quelques jours après. Cela me fatiguait d'être tout le temps en couche et d'avoir tout le temps la main dans l'eau à laver mes couches et quand la plaquette était terminée, je ne l'ai plus renouvelé. Mais le mois qui avait suivi, j'ai vu encore beaucoup de sang. J'en ai parlé à mon mari et il m'avait dit que mon sang ne va pas bien avec les pilules. Or, j'avais commencé par prendre la pilule car, quand j'avais rejoint mon mari, il m'avait expliqué qu'il voulait seulement quatre enfants et que c'est ce que les agents de santé ont dit. Quand j'ai eu ma cinquième grossesse, cela a entraîné des problèmes. Il est allé jusqu'à me dire que la grossesse n'était pas de lui et qu'il m'avait dit qu'il ne voulait que quatre enfants. Il m'a renvoyé chez mes parents. Il ne voulait rien entendre et je suis allée

expliquer le problème à ses amis et ils ont réussi à le raisonner. Or, les femmes qui ont fait les injections m'ont dit qu'elles sont tout le temps malades, c'est pour cela que je n'ai pas fait l'injection. Mais j'ai fini par laisser tomber et je n'en prends plus depuis un moment. J'utilise de petites astuces pour ne pas tomber à nouveau enceinte » (Mère de cinq enfants, Sédjè-Dénou).

Source : données de terrain, 2018

Encadré 3 : Ancienne utilisatrice de l'implant

« J'ai décidé de faire la chose du bras (l'implant), car j'ai une amie qui a pris la pilule et ça n'a pas marché avec elle. De plus, pour la pilule, c'est compliqué, il faut prendre ça les jours comme si on est malade et qu'on est entrain de prendre des comprimés, je ne peux pas. Mon mari risque de me surprendre. Or, notre église est contre ça. J'ai fait alors la chose du bras parce que je sais qu'il ne va se douter de rien du tout. Mais, vraiment, on dirait que Dieu m'a vu et cherche à dévoiler mon secret. J'ai souvent des nausées et je vois rarement mes règles. Quand ça s'est produit le premier mois après l'insertion, j'ai banalisé ça. Mais au deuxième mois, je n'ai pas vu mes règles. Mes règles sont venues en quantité très faible, comme des traces. Non seulement, j'avais du retard, mais ce n'est pas venue beaucoup. Plus les jours passent, plus la situation se compliquait. J'ai senti aussi que je suis entrain de grossir. J'ai fini par en parler à mon mari ; il était en colère. Il m'avait emmené aux soins pour que les agents de santé m'enlèvent ça. Mon mari était furieux et m'a menacé de me quitter si je reprenais ça » (Mère de trois enfants, Adjan)

Source : données de terrain, 2018

On note qu'à l'image de ces cas, certaines femmes abandonnent l'usage des produits contraceptifs, pour plusieurs raisons, parmi lesquelles la « découverte » des effets secondaires constatés. Des échanges avec certaines d'entre elles, on retient que ces dernières sont souvent en déficit d'informations sur les effets secondaires. On note un silence presque « total » des praticiens qui n'informent pas et ne préparent pas

suffisamment les femmes utilisatrices aux situations auxquelles elles seront confrontées. En situation de vide d'informations, ces dernières sont livrées à elles-mêmes et s'appuient sur toutes sortes de « rumeurs » dans leur compréhension des réactions observées au niveau de leurs corps. Sous la pression de l'entourage, certaines femmes finissent par abandonner la méthode utilisée, pour développer d'autres réponses en vue de gérer au mieux la fécondité au sein du couple. Mais il faut dire que les difficultés d'appropriation de cette innovation sanitaire (l'offre contraceptive biomédicalisée) trouvent essentiellement sa pertinence dans les convenances sociales et religieuses autour de la gestion de la fécondité, mais aussi dans la pluralité des logiques observées autour de cette offre ; logiques que nous avons évoquées précédemment.

Toutefois, nous avons rapporté ici à travers l'encadré 4, un exemple de cas qui semble connaître de succès.

Encadré 4 : femme en cours d'utilisation de l'implant

Après mon cinquième enfant, j'ai décidé d'essayer aussi ce qu'on met dans le bras. Je ne l'avais pas encore essayé avant, car je n'aimais pas du tout ces choses-là, ce n'est pas naturelle. Tu seras entrain d'aller souvent au centre de santé, d'avaler tout le temps de comprimés et de faire des piqûres... Je comptais les jours avant et j'avais acheté le collier du cycle chez les sœurs de Zinvié au moment où j'étais encore la-bàs. Quand je suis arrivée ici, la sage-femme m'a parlé de la pillule, injection et implants... Mais, pillule-là est compliqué et injection aussi. Je déteste ça. J'ai décidé donc de mettre la chose du bras. Là, personne ne saura, même pas mon mari. Je l'ai mis depuis plus de six mois. Personne ne sait. Est-ce que vous pouvez savoir ? Non. C'est mieux comme ça... Au début, ça m'a fatigué un peu, je me sentais bizarre et un peu malade. Je me suis dit que mon sang n'a pas accepté ça et je voulais enlever, mais comme je n'ai plus rien ressentir, je l'ai laissé là, d'abord. Si cela ne me pose aucun autre problème par la suite, je vais renouveler quand ça va finir. (Mère de cinq enfants, sèdjè-Dénou, Zè)

Source : réaliser à partir des données de terrain, 2019

Ce cas rapporté ici, semble faire partir de quelques cas de réussite de l'appropriation de cette innovation qu'est l'offre contraceptive biomédicalisée à Zè. La section suivante abordera certaines perceptions de l'innovation.

5.2. Innovation : un concept aux contours ambigus ?

Cette section prend essentiellement en compte quelques points de vue de l'innovation.

5.2.1. Conceptions d'une innovation

Avant d'aller plus loin, nous allons faire un point sur les conceptions et contenus de ce que signifie une innovation. Plusieurs auteurs ont apporté des tentatives de définitions parmi lesquels Gastellu, Olivier de Sardan, pour ne citer que ceux-là. En effet,

« [...] Au sens strict, l'innovation est une nouveauté technique apportée à un groupe d'individus, à un endroit donné, pendant une période donnée. De façon plus large, est considéré comme innovateur, tout « changement » dans les domaines de la technique, de l'organisation des institutions « [...] » (Gastellu, 1992 : 11).

Ainsi donc, il est difficile de rendre compte, sur le plan théorique, de cette multiplicité de facettes. Cette observation entraîne deux positions : pour les uns, l'innovation est un objet central de recherche ; pour d'autres, elle conduit à s'intéresser à la totalité d'une société. On se pose alors les questions suivantes : qui sont alors les innovateurs ?

Les innovateurs peuvent être les « développeurs et/ou acteurs de développement » qui proposent une nouveauté technique, les « acteurs locaux » qui appliquent ou réinterprètent cette nouveauté ; les acteurs qui permettent la diffusion de cette innovation. En d'autres termes : « les pionniers et les innovateurs ont en général un statut social plus élevé, sont plus instruits et participent plus à la vie associative que les adoptants ultérieurs [...] » (Olivier de Sardan, 1995 : 109).

L'innovation peut être donc, aussi bien une nouveauté du monde paysan, qu'une nouveauté du monde médical, des techniques ou des méthodes mises à la disposition des populations en espérant l'adoption de cette innovation par ces dernières. L'innovation ici, ce sont les méthodes contraceptives biomédicalisées. Les innovateurs ici au premier plan, ce sont les acteurs étatiques et non étatiques, publics/privés (l'Etat béninois, les PTF etc.). Au second plan, ce sont les spécialistes des politiques de santé publique tels que les acteurs spécialistes des politiques de la planification des naissances, les acteurs privés (les ONG telles que : l'ABPF, l'ABMS-PSI, SIAN'SON etc). Puisque l'innovation ici, ce sont les méthodes contraceptives biomédicalisées, essayons d'analyser les facteurs liés aux difficultés de son appropriation par les bénéficiaires selon l'approche de Olivier de Sardan.

5.2.2. Analyse des facteurs liés aux difficultés d'appropriation des contraceptifs à Zè suivant l'approche d'Olivier de Sardan

Le travail fait ici une analyse des difficultés d'appropriation des contraceptifs biomédicalisés selon plusieurs conceptions et approches parmi lesquelles celles de Olivier de Sardan.

En abordant le concept de l'innovation, Olivier de Sardan (1995) dégage quatre propositions : l'innovation comme indexée socialement, l'innovation comme processus de diffusion, l'innovation comme expérimentation populaire, l'innovation comme réinterprétation. Après avoir fait le point des travaux en la matière, il propose un contenu qu'il juge approprié à chaque dimension de l'innovation. Le présent travail s'est inspiré des trois dernières approches pour analyser les facteurs qui sous-tendent les difficultés d'appropriation des méthodes contraceptives biomédicalisées à Zè. En effet, en se basant sur chacune des trois dernières approches évoquées ci-dessus, la recherche a tenté de comprendre les difficultés d'appropriation des contraceptifs observées dans le site de recherche.

-En ce qui concerne l'approche de l'innovation comme processus de diffusion, Olivier de Sardan (1995), montre que la diffusion d'une innovation se manifeste comme la diffusion d'une maladie. Dans ce cas, il étudie la diffusion d'une innovation comme les épidémiologues étudient la diffusion d'une maladie. En effet, ce dernier démontre que, quand une innovation est apportée dans un milieu, elle se propage progressivement des couches les plus réceptives vers les moins réceptives. En se basant sur cette première approche (l'innovation comme processus de diffusion), on peut dire que l'innovation apportée à Zè (les contraceptifs biomédicalisés), n'a pas connu de diffusion effective. L'introduction de cette innovation peine à prendre corps dans le milieu d'étude selon l'approche du processus de diffusion décrite ici, à cause de plusieurs facteurs. Parmi ces facteurs, on peut retenir les plus importants : premièrement, les acteurs ne se sont pas retrouvés « totalement » à travers ce qu'on leur propose ou bien, l'avantage relatif apporté par l'innovation par rapport à ce, à quoi elle se substitue, n'est pas important. Deuxièmement, les effets secondaires qui sont liés à l'adoption des contraceptifs posent problème pour les acteurs (les bénéficiaires). Troisièmement, on peut être tenté de dire que la communication autour de l'adoption de cette innovation/la capacité à susciter l'adhésion des bénéficiaires n'est pas évidente.

-L'approche de l'innovation comme expérimentation populaire est utilisée ici comme approche d'analyse. Ici, l'innovation est « saisie comme un phénomène endogène », « d'en bas ». On pourrait parler à la limite d'une « recherche-développement » paysanne, informelle qui n'est dépendante pour son existence ni du monde de la science ni même de celui de l'écrit [...] » (Olivier de Sardan, 1995 : 117). Selon ce point de vue, les populations possèdent des capacités et ressources innovantes. Loin donc de tomber dans un populisme, qui « surestime » les capacités des populations à innover ou de faire l'apologie des pratiques locales et savoir-faire contraceptifs, on peut dire, sur la base de ce postulat que, l'existence des pratiques contraceptives

locales et des recettes contraceptives à portée familiale et magico-religieuse que les populations sollicitent au cours de leurs trajectoires génésiques explique en partie les difficultés d'appropriation des méthodes contraceptives biomédicalisées. Mais ce n'est qu'un pan de l'explication des difficultés d'appropriation de ces méthodes. En effet, un certain attachement aux convenances, religieuse et pratiques sociales, en matière de gestion de la fécondité, ne peut exclure totalement, les possibilités de recours aux contraceptifs biomédicalisés. Il faut donc, interroger les indicateurs sur la base desquels les politiques de la planification familiale sont conçues et la manière dont les interventions en la matière sont faites. Ces politiques publiques sont formulées souvent en s'inspirant des indicateurs « universels » et les discours des promoteurs lors de la mise en œuvre de leur paquet d'intervention, sont souvent en « déphasage » avec les normes sociales de ce milieu. Ceci explique dans une certaine mesure, l'attitude des acteurs locaux face à l'adoption de ces méthodes contraceptives.

-L'approche de l'innovation comme réinterprétation populaire est la troisième approche sollicitée, dans cette analyse. Les « innovations sont en effet rarement proposées en unités isolées et éparses. Elles sont généralement présentées sous la forme d'assemblages agrégés et cumulés que bien souvent les destinataires désagrègent » (Olivier de Sardan, 1995 : 120). Partant de cette définition, on peut dire que, lorsqu'un paquet d'innovation arrive dans un milieu, quelque soit la nature de cette innovation (innovation agricole, innovation sanitaire etc), elles subissent, souvent, des formes de réinterprétation et d'adaptation diverses par les acteurs locaux du milieu d'intervention. Ces diverses formes d'adaptation peuvent détourner dans certains cas, l'objectif de départ qui structure la mise en œuvre de cette innovation. Face au paquet d'innovations de planification des naissances proposées aux populations, celles-ci sélectionnent des éléments sans pour autant faire recours à l'ensemble. Elles approuvent et adhèrent à la nécessité de planifier les naissances, mais sont réticentes à l'usage des produits contraceptifs qui leur sont proposés. Il faut

ajouter que les arguments qui fondent le discours des promoteurs des produits biomédicalisés de planification des naissances, qui s'appuient sur le droit reproductif, se heurtent aux normes sociales qui ne reconnaissent pas à la femme ce type de droit. Ce qui affecte dans une certaine mesure, le recours aux produits qu'ils promeuvent. La mise en place d'une politique de planification des naissances avec son paquet d'intervention (les méthodes biomédicalisées de planification des naissances) a subi donc une réinterprétation de la part des acteurs du milieu. En effet, les ménages ne désapprouvent pas le principe de planification des naissances, mais remettent en cause les modalités qui gouvernent cette intervention et les méthodes proposées à cet effet pour planifier les naissances. Ces normes rentrent en contradiction avec les normes sociales préétablies. De plus, loin de « sombrer » dans un populisme idéologique, il faut dire que l'existence des pratiques contraceptives locales et la contradiction observée parfois entre normes biomédicales et normes sociales en matière de gestion de la fécondité au sein des ménages constituent aussi un obstacle à l'appropriation « total » du paquet d'innovations médicalisées apportées dans ce milieu. Souvent les acteurs décident d'opter pour d'autres méthodes comme par exemple les méthodes naturelles que les promoteurs proposent parfois, lors des sensibilisations de masse organisées par les ONG, telles que la méthode du collier du cycle, la méthode MAMA etc. tout simplement parce que celles-ci se sont inspirées de certaines pratiques contraceptives déjà existantes dans le milieu telles que l'allaitement maternel prolongé, l'identification des *azangbigblé* (période de fécondité) etc. La question se pose alors de savoir si une innovation vient souvent sur un terrain totalement vierge ?

5.2.3. Innovation à l'épreuve du préexistant

Il faut souligner qu'il n'existe pas de modèles universellement applicables. De même, aucune innovation ne vient sur un terrain totalement « vierge ». Plusieurs auteurs ont travaillé sur les conceptions de l'innovation de même que les modalités de l'adoption d'une innovation. D'autres ont mis l'accent sur le débat traditionnel entre innovations

endogènes et innovations exogènes. La question se pose alors de savoir si le débat autour des innovations devrait se concentrer sur la nature des innovations ou non ?

5.2.3.1. Débat sur l'endogenèse et l'exogenèse de l'innovation est-il un faux débat ?

Certains auteurs ont mis l'accent sur le débat traditionnel entre innovations endogènes et innovations exogènes. Deux positions se dégagent du débat autour du caractère exogène ou endogène d'une innovation. Certains pensent que l'innovation est un ensemble de paquets technologiques transférés d'un milieu extérieur vers un autre milieu dans le but d'améliorer une situation préexistante dans ce milieu, après adoption et diffusion de ladite innovation. D'autres reconnaissent par contre, une certaine capacité créatrice, une certaine capacité d'innovation, un certain esprit de créativité aux acteurs locaux, qui leur permet d'affronter les situations auxquelles ils sont confrontés. Pour les premiers, l'innovation est d'abord exogène, alors que pour les seconds, l'innovation est avant tout endogène.

5.2.3.2. Innovation vient-elle sur un terrain neutre ?

Face à l'introduction des méthodes contraceptives biomédicalisées (l'innovation proposée) à Zè, on a assisté plutôt à une sorte de « sélection d'éléments » à partir du paquet médicalisé proposé pour la planification des naissances. Ce qui a conduit à une forme d'hybridation reconstituée à partir des sélections d'éléments exogènes issus de l'innovation exogène et d'éléments endogènes issus du préexistant.

Selon (Darré, 1992), l'opposition classique entre « traditionnel » et « moderne », entre nouveau et ancien, a maintes fois été remise en question. Souvent le "traditionnel" est plus moderne que le "moderne" et le moderne n'est pas toujours, le mieux adapté. Il faut dire que le travail « d'adaptation est toujours nécessaire » et des « ajustements sont toujours nécessaires ». En effet, « l'innovation n'arrive pas toujours sur un terrain vide ; il y a un système de pensée actuel, associé aux pratiques matérielles actuelles et

qui en assure la maîtrise » (Darré, 1992 : 169). Le système de pensée, associé aux pratiques préexistantes crée une hybridation avec ce qui est nouveau. En faisant une comparaison avec le milieu de recherche, on peut dire que sous l'effet des sensibilisations et face aux nouvelles contraintes socio-économiques, les ménages ont fait des « sélections » dans le paquet d'innovations médicalisées proposées par les promoteurs de la santé publique. Même si, on n'observe pas une appropriation systématique du paquet d'innovations apportées dans ce milieu, les discours anti-natalistes, ont influencé le vécu des acteurs.

5.3. Pratiques des promoteurs autour des interventions de santé publique comme handicap

Cette section met en exergue essentiellement les attitudes et pratiques des promoteurs autour de l'offre contraceptive biomédicalisée, en particulier et autour des politiques de santé publique en général.

5.3.1. Attitudes des promoteurs autour de l'offre contraceptive

L'approche de la santé de la reproduction est une approche qui élargie désormais le champ de la santé au-delà des morbidités et mortalités maternelles et infantiles et prend en compte le droit reproductif. A partir des conférences internationales sur la population telle que la conférence du Caire en 1994, la notion de droit reproductif a fait son apparition. Selon les décisions issues de cette rencontre, le droit reproductif confère à la femme la possibilité de décider de son corps en ce qui concerne la gestion de la fécondité au sein du couple. Les discours féministes et militantistes ont fortement alimenté les différentes conférences et ont « condamné » la place de la femme au sein du couple et dans la société. L'avènement des droits reproductifs et de la contraception biomédicalisée apparaît aux tenants des mouvements féministes comme la voix salvatrice qui confèrerait à la femme, la place qui est la sienne au sein du couple et dans la société. Déjà, il faut rappeler qu'au début des premières années de la

promotion des méthodes contraceptives biomédicalisées, on assiste à des messages de libération de la femme, puissamment relayés par les médias. A cet effet, la découverte de la contraception est décrite comme un moyen qui oblige à remettre en cause les rapports entre les sexes. Selon les tenants du féminisme et les promoteurs de la contraception, l'usage des contraceptifs biomédicalisés, induit une notion de libération du sexe féminin. On assiste donc à des discours normatifs qui dénoncent la place accordée à la femme dans la société, en matière de procréation et de gestion de sa fécondité. Les tenants de ces discours proposent de ce fait, les procédés de « réhabilitation » de la femme. En effet, le champ couvert, dépasse largement le domaine médical et prend aussi en compte les considérations juridiques.

En effet, apprécier la posture des promoteurs autour de l'offre contraceptive biomédicalisée, revient à analyser leurs attitudes lors de la promotion de cette offre. En effet, lors des séances de sensibilisations à Zè, les promoteurs s'appuient sur la notion de droit reproductif pour faire la promotion des produits contraceptifs. L'avènement de la planification familiale a participé à une remise en cause de l'ordre social en matière de rapport entre les sexes autour de la gestion de la fécondité. A ce propos, un dignitaire de culte traditionnel déclare ceci : « quand votre femme commence par fréquenter les séances que les agents de santé organisent et qu'elle commence par avaler leur comprimé là, elle veut tout contrôler, elle commence par te dire le nombre d'enfants qu'elle souhaite avoir... » (Chef de culte traditionnel, waga). Ces propos sont renchérissés par ceux d'un époux rencontré dans les couloirs de la maternité du centre de santé communal : « désormais, ma femme veut avoir son mot à dire sur la manière dont-on doit gérer notre intimité et notre sexualité, depuis qu'elle a commencé par prendre la pilule... » (Père de trois enfants, Zè-Centre). Ces promoteurs s'appuient sur les droits reproductifs pour faire la promotion des méthodes contraceptives biomédicalisées à Zè. L'évocation de ces droits lors des séances de

sensibilisations, engendre l'idée de la libération de la femme de la « domination masculine ».

Or, dans ce milieu, le corps de la femme mariée est chargé de significations sociales. En effet, dans les consciences individuelles et collectives au sein de l'espace conjugal chez les aïzo de Zè, comme dans la plupart des sociétés africaines, les femmes disposent d'un faisceau de devoirs dont l'un d'entre eux est le devoir conjugal, qui est une obligation que le couple assume l'un envers l'autre. Les normes et règles sociales en place ne semblent pas reconnaître le droit, de la femme de « disposer et de gérer son corps indépendamment de son conjoint » Dès son plus jeune âge, la fille, future épouse, est soumise à une « incorporation » d'une série de normes et valeurs sur son statut au sein du couple, à travers le processus de socialisation de même que ses obligations au sein du couple. Les acteurs de l'environnement immédiat de la femme, participent dans une large mesure à cette « incorporation » et influencent quelques fois, les prises de décisions au cours de l'expérience génésique des couples.

C'est dire que la gestion de la fécondité au sein du couple à Zè ne relève pas exclusivement des prérogatives de la femme. Selon certains interlocuteurs, les hommes sont au cœur des décisions concernant la gestion du quotidien au sein du couple. On observe à ce niveau que, ce sont les hommes qui décident de mettre fin à la maternité à leurs conjointes quand ils jugent suffisante l'expérience génésique du couple. Viennent ensuite, les acteurs secondaires. En se basant sur le discours empirique autour de la perception du corps de la femme, on se rend compte que le droit reproductif tel que défini par les institutions internationales n'appréhende pas suffisamment les normes sociales autour de la gestion de la fécondité dans ce milieu. La femme ne peut « disposer librement de son corps » tel que énoncé lors de la Conférence du Caire en 1994 et tel que stipule l'article 7 en son alinéa 2, de la loi portant loi n°2003-04 du 03 mars 2003, relative à la santé sexuelle et à la reproduction,

qui énonce que : « l'autorisation du partenaire ou des parents avant de recevoir des soins en matière de santé de la reproduction peut ne pas être requise [...] » (RB, 2003 : 11). On observe que, la femme ne peut se passer de « l'accord » de son mari lors du recours aux contraceptifs pour gérer son corps de façon indépendante, sauf les quelques cas de femmes rencontrées qui sollicitent de façon clandestine, ces produits, à l'insu de leur conjoints.

Toutefois, cette situation n'est pas spécifique à Zè. En effet, les significations sociales du corps de la femme au foyer diffèrent de celles du corps de la femme célibataire. Le corps de la « femme mariée » est chargé de sens et de significations sociales, dès lors qu'elle se retrouve sous le toit conjugal. C'est dire donc que, les constructions sociales du corps influencent les rapports entre l'homme et la femme. Les promoteurs de produits contraceptifs biomédicalisés, en s'appuyant sur la notion du droit reproductif pour faire la promotion de leurs produits, crée une situation qui affecte la marge de manœuvre dont dispose l'homme dans l'espace domestique. Ce qui explique dans une certaine mesure, la réticence des hommes à encourager leurs conjointes à solliciter les produits contraceptifs biomédicalisés. Les politiques de santé publique en général et celles portant sur la planification des naissances apparaissent donc comme des canaux, à travers lesquels les spécialistes de la santé publique, produisent des normes, des règles et des conduites à suivre qu'ils « imposent » aux populations. Les postures des promoteurs des produits contraceptifs biomédicalisés, ne semblent pas toujours appréhender, la façon dont les acteurs sociaux conçoivent et pensent gérer leur vie sexuelle et reproductive.

Au-delà de ces aspects, il faut souligner que les promoteurs des produits contraceptifs médicalisés adoptent aussi des attitudes qui tendent à exercer une certaine pression sur les patientes. A cet effet, ils perçoivent le corps de la femme comme une sorte de « machine », qu'il est nécessaire de « réguler » suivant un fonctionnement donné. Ces dernières subissent donc, dans certains cas, une « pression psychologique ». Rappelons

ici, les propos d'une interlocutrice : « Vous savez, le corps est comme une machine, à force de l'utiliser, il se verrouille et ne fonctionne plus...Il faut souvent le mettre au pas avec la contraception et lui donner du repos... » (S. G, Zè). Ces postures, affectent dans une certaine mesure, l'adoption des contraceptifs biomédicalisés. Les agents promoteurs « évacuent » souvent les échanges autour des effets secondaires des contraceptifs avec les patientes. Des observations faites lors d'une causerie ont permis de renseigner certains faits, à travers l'encadré 5 :

Encadré 5 : Un extrait de note d'observation lors d'une causerie

Deux femmes utilisatrices de jabelle sont venues voir les agents de santé un soir vers 18h.

-Pour le cas de la femme utilisatrice de jabelle, elle a placé le jabelle en 2015. Elle se plaint de voir ses menstrues tous les deux jours. L'agent de santé lui a donné deux plaquettes de microlut (pilule) et lui dit de prendre un comprimé chaque jour. L'objectif est d'arrêter les saignements avec l'usage du microlut (pilule). L'agent de santé lui conseille aussi de revenir si les saignements persistaient. Elle lui a prescrit donc, une association de deux produits contraceptifs : l'un pour corriger les effets engendrés par l'usage de l'autre.

-En ce qui concerne la deuxième femme utilisatrice de jabelle, elle se plaint de ne plus voir ses règles. Elle a placé le jabelle en Mai 2017. Elle se plaint de ne plus voir ses règles. L'agent de santé lui annonce que c'est le jabelle qui en est la cause. Elle vient de prendre connaissance de cette information. Elle pense l'enlever si les effets persistaient.

Note d'observation, Zè, 2019

Source : réalisé à partir des données de 2019

Les inquiétudes des usagers en ce qui concerne les effets secondaires des produits contraceptifs biomédicalisés sont souvent évacuées avec une insistance particulière sur l'efficacité des produits et les échanges sur les effets secondaires sont souvent

occultés. Ce qui fait que les femmes qui acceptent de pratiquer par la suite les produits contraceptifs, ne sont pas suffisamment « informées » des réactions possibles qu'elles pouvaient observer au niveau de leur corps lors de l'usage de ces produits. Ces derniers exercent par contre beaucoup de « pressions » sur les usagers, dans leurs discours en décrivant leur corps comme une sorte de « machine, qui pourrait être verrouillé, sans produit contraceptif moderne ». De même, en ce qui concerne le cas des femmes qui pratiquent ces produits, ce n'est que, lorsque, certaines d'entre elles viennent évoquer les effets qu'elles observent au niveau de leur corps, qu'elles sont informées finalement des effets que ces produits pourraient engendrer. Voici quelques propos illustratifs :

« Actuellement c'est le sayana qui est là, depuis l'année dernière et comme certaines femmes n'ont pas encore essayé ça, la plupart préfère essayer ça pour voir, elles ne connaissent pas encore les inconvénients !! » (Agent de santé, Zè, 2019).

C'est dire que les agents de santé « bricolent » parfois, en ce qui concerne l'attitude à avoir vis-à-vis des femmes utilisatrices des contraceptifs. Ils passent « sous silence », les effets secondaires des produits contraceptifs et laissent les femmes « découvrir » ces effets. Ce qui participe à des cas de désenchantement au niveau des femmes utilisatrices de ces produits.

5.3.2. Planification des naissances à l'aide des contraceptifs biomédicalisés : pour une sexualité et une maternité sans risque ?

Il ne s'agit pas ici de prendre le contre-pied des avantages liés à une sexualité et à une maternité planifiée au sein des couples, encore moins de nier les efforts fournis par les acteurs de la santé publique pour agir favorablement sur les taux de mortalité maternelle et de mortalité infantile à travers la promotion de la planification familiale à base des produits contraceptifs biomédicalisés. Mais le travail cherche à mener des réflexions sur la notion du risque issue de l'idéologie de la santé publique qui fait la

promotion d'une sexualité et d'une maternité sans risque. En effet, lors des campagnes de masses et des séances de sensibilisation, les agents de santé mettent l'accent sur la nécessité d'adopter les méthodes contraceptives biomédicalisées pour une maternité sans risque. Cela signifie t-il que le fait d'adopter les méthodes contraceptives biomédicalisées pour planifier les naissances assure t-il à l'adoptante une maternité sans risque, alors que beaucoup d'autres facteurs entrent en jeu ? A quel moment parle t-on de maternité à risque du point de vue de la santé publique et du point de vue de la perception populaire ?

Il est important de rappeler que la gestion de la grossesse jusqu'à l'accouchement est un processus si complexe et fait appel à tant d'évènements sociaux qu'on ne saurait réduire son succès à une seule pratique. La santé publique dans son entreprise normative, prescrit les conduites à tenir, même en matière de santé sexuelle et reproductive. Elle préconise une hyper-médicalisation de la santé sexuelle et reproductive, en passant par la gestion de la sexualité, de la grossesse à l'accouchement avec son paquet d'intervention médicale. Cette promotion s'inspire d'une série de concepts issus de l'idéologie de la santé publique, parmi lesquels la santé de la reproduction (qui dissocie la sexualité de la reproduction), avec l'avènement des droits reproductifs et la maternité sans risque.

En effet, définir certaines populations comme « des populations à risque » lors de l'identification de certaines pathologies ou plus précisément, définir « des seuils de risque » dans la gestion de la vie sexuelle et reproductive des acteurs sans tenir compte de ce que les acteurs entendent par risque et jusqu'où ils sont capables de prendre consciemment des risques, apparaît comme une entreprise bien complexe. Selon Massé : « la gestion des risques à la santé associés à nos habitudes de vie et à nos environnements physique et social est devenue l'un des éléments clés dans l'entreprise de légitimation des interventions de prévention et de promotion de la santé [...] » (Massé, 2007a : 13). L'objectif ultime de la santé publique est de faire en sorte que les

acteurs ne soient exposés à des risques qu'ils peuvent éviter eux-mêmes sur la base des connaissances prescrites à travers ses interventions. Or, il n'est pas évident que le risque zéro puisse exister. Lors des recherches, certains interlocuteurs avouent avoir pris des risques que cela soit en matière d'alimentation ou même de sexualité. Certaines femmes nous ont confié avoir pris parfois des risques en acceptant d'accomplir leur devoir conjugal tout en sachant que la période n'était pas tout à fait favorable, lorsque leur stratégies de « décourager » l'ardeur sexuelle de leurs conjoints s'est révélée infructueuse. C'est dire donc que la notion du risque zéro n'existe pas dans les pratiques quotidiennes en ce qui concerne la gestion de la sexualité au sein des couples. Si les acteurs prennent consciemment parfois certains risques dans leurs pratiques quotidiennes, cela ne veut-il pas dire que la promotion d'une maternité sans risque peut paraître utopique à leurs yeux ?

5.3.3. La santé publique : un champ médical producteur de normes à suivre !

On ne peut parler de la santé publique sans évoquer l'influence que la médecine coloniale a eue sur son avènement. En effet, la santé publique actuelle doit son avènement autant aux pratiques des hygiénistes qu'aux médecins coloniaux¹⁰. Imorou (2006), rappelle les propos de Bado (1996), qui montre l'impact que la suppression de l'indigénat a eu sur le comportement des indigènes qui ressentaient une certaine liberté provoquée par la crise de l'autorité des médecins coloniaux. Il montre aussi le sentiment que cette liberté avait provoqué chez les médecins coloniaux qui percevaient cette forme de liberté comme une atteinte à la santé publique. C'est dire que la posture actuelle des praticiens de la santé publique qui tendent d'élaborer des normes et des règles « toutes faites » à travers les politiques et interventions sanitaires sur les conduites à tenir par les populations pour une santé parfaite, puise ses racines dans la

¹⁰ Imorou (2006), évoque le décret du 04 avril 1904. Selon lui, ce décret mentionnait les sanctions prévues à l'encontre de ceux qui ne respectaient pas les prescriptions médicales de dépistages et de traitement de certaines maladies.

médecine coloniale. En outre, un point de la littérature sur l'avènement de la santé publique nous situe en présence de deux paradigmes qui ont gouverné la santé : le paradigme pasteurien et le paradigme systémique¹¹. Ces deux paradigmes ont entraîné le cloisonnement du système sanitaire en deux parties distinctes : la partie clinique et la partie santé publique. La partie clinique est basée sur l'administration des soins de santé et l'espace de la santé publique est basée sur l'organisation du système de santé, la prévention et la promotion de la santé « parfaite ». C'est ce deuxième espace qui retient notre attention dans cette section du travail. On ne peut aborder une problématique sur la planification des naissances, qui est une composante de la santé de la reproduction sans faire un clin d'œil aux politiques élaborées dans ce sens. Or, la formulation de ces politiques se fait la plupart du temps par les praticiens de la santé publique. Ces politiques insistent sur la santé « parfaite » en matière de santé de la reproduction avec des formules toutes faites sur la façon dont les couples doivent gérer leur fécondité, en un mot leur vie sexuelle et reproductive pour une maternité sans risque, une vie sexuelle et reproductive « sans danger ». On assiste donc à une proposition de formules de gestion de la fécondité au sein des couples qui se base sur une forte médicalisation sous l'inspiration des indicateurs universels sans qu'au préalable une analyse approfondie des besoins des couples en la matière ne soit faite. En effet, l'idéologie de la santé publique met en exergue la notion de « santé parfaite » non seulement du point de vue individuel, mais collectif. Elle met au cœur de ses préoccupations la prévention et la promotion de la santé du grand groupe. Elle s'inscrit à la fois dans une perspective normative et dans « l'approche communautaire fondée sur une intervention de proximité » (Fassin, 2000 : 62). Ceci renvoie à une série de règles et de normes prescrites au grand nombre. Selon les propos de Massé (2001), cité par Imorou (2006), « cette vision renvoie à une entreprise normative qui définit les

¹¹ Imorou (2006), en rappelant les propos Dujardin (2003), dans *Politique de santé et attentes des patients* montre que c'est le paradigme pasteurien qui a donné naissance aux grands programmes de lutte contre les principales endémies infectieuses et parasitaires.

comportements et les habitudes de vie, prescrits ou proscrits » (Imorou, 2006 : 378). Ici, « la santé publique met le comportement de l'acteur au cœur de son analyse. Cela lui donne parfois des allures missionnaires et paternalistes dans l'obligation qu'elle impose aux acteurs d'adopter des attitudes qui ne compromettent pas leur santé : d'être des hommes modèles » (Idem). Plusieurs autres auteurs ont tenté de définir le concept de la santé publique en insistant moins sur son approche que sur sa définition. Selon (Dozon & Fassin, 2001 : 8), la santé publique peut être définie comme un « savoir et un savoir-faire », une « méthode et un état d'esprit ». La santé publique est donc vue comme une science élaborée par des spécialistes ayant une certaine façon de voir et d'appréhender la santé des populations. Elle est conçue comme une science appliquée, vouée à être mise en œuvre, destinée à servir au bien-être collectif. Elle est constamment gouvernée par des choix moraux faits sur la base des indicateurs universels. En effet, « [...] La prise en compte des déterminants de santé, aujourd'hui à partir de l'épidémiologie, par des approches qualifiées de "santé publique", pour améliorer l'état de santé des populations se situe par définition, dans cette perspective normative » (Gruénais, 2001 :1). Ce qui veut dire que le concept de santé publique est en lui-même structurellement chargé d'idéologies normatives qui proposent des procédés aux populations sur la façon dont elles doivent se comporter pour un bien-être sanitaire.

Par ailleurs, la santé publique est confrontée à des cultures que les praticiens « taxent » de cultures « étrangères ». Donc, plus le fossé entre ces cultures et les normes médicales est grand, plus cette étrangeté est maximale. Or, les questions relatives à la santé publique notamment celles liées à la santé sexuelle et reproductive convoquent tout un univers cognitif, social et magico-religieux qui renseigne sur le contenu que les normes sociales, culturelles et religieuses impriment à la façon dont les populations doivent gérer leur fécondité. De plus, c'est en oubliant que la santé publique est, elle-même gouvernée par des logiques et codes culturels que les spécialistes de la santé

publique « taxent » les acteurs des milieux dans lesquels ils interviennent d'acteurs culturellement « chargés ». Michel Foucault évoque « le déploiement en Europe, depuis le XIXe siècle, d'un biopouvoir, c'est-à-dire d'un ensemble de technologies de gouvernement qui visait à discipliner les corps (anatomo-politique) et à réguler les populations (biopolitique) » (Foucault, 1976). Ce « biopouvoir » qui, au-delà d'une volonté de travailler à la réalisation du bien commun, conduit à une médicalisation et à une « normalisation » croissante de la vie individuelle et collective. Mais au-delà de l'hyper-médicalisation, on s'interroge sur cette « normalisation » croissante de la vie collective, où les politiques proposent des normes et des procédés tous faits sur comment les acteurs doivent se soigner au quotidien, ou plus encore comment ils doivent gérer leur fécondité.

Cette posture des praticiens de la santé publique qui consiste à élaborer des règles et des normes toutes faites sur les conduites des populations, sans tenir compte de leurs besoins en matière de bien-être sanitaire comporte les germes d'échec de la plupart des politiques de santé publique.

En dehors de ces aspects, certains auteurs émettent des réserves sur sa démarche, le contenu de ses programmes etc. En effet, selon Jaffré, « [...] faute de concepts pertinents, les praticiens de santé publique se bornent bien souvent à édicter des normes et proposer des objectifs pour de bien illusoires programmes » (Jaffré, 1999 : 09). C'est dire qu'en amont, l'élaboration des politiques de santé publique ne tiennent pas compte des besoins réels des bénéficiaires. De même, les méthodes et formules d'informations et de communications, utilisées par les praticiens à l'endroit des bénéficiaires de leurs interventions, participent aussi des difficultés d'appropriation de ces interventions.

Conclusion partielle

Ce chapitre part des difficultés de mise en œuvre d'une innovation médicale : les méthodes contraceptives biomédicalisées pour analyser les facteurs qui sous-tendent ces difficultés à partir des différentes approches analytiques de l'innovation. Il met aussi en exergue les attitudes et pratiques des acteurs promoteurs de l'offre contraceptive biomédicalisée qui sont souvent dans une position de « bricolage » au quotidien lors de la mise en œuvre de leur paquet d'intervention. Ce qui participe aussi des difficultés d'appropriation de cette offre. Ceci pose la problématique d'une conciliation entre normes médicales et normes sociales en matière de gestion de la fécondité.

Chapitre 6 : Pratiques sociales de planification des naissances : une analyse situationnelle à Zè

Le chapitre 6 est subdivisé en cinq sous-titres et présente une typologie des pratiques contraceptives locales et savoir-faire en matière de planification des naissances, de même que l’ancrage social de ces pratiques. Il propose aussi une conciliation entre normes médicales et convenances sociales en matière de planification des naissances. Enfin, il met aussi en exergue la nécessité d’une contribution des sciences sociales à la formulation et à la mise en œuvre des politiques et interventions de la santé publique.

6.1. Typologie des pratiques locales et savoir-faire de planification des naissances

La recherche a permis d’identifier trois grandes catégories de pratiques contraceptives locales et savoir-faire en matière de planification des naissances, qui alimentent le quotidien des ménages : les pratiques populaires, les pratiques à portée familiale et les pratiques magico-religieuses. Avant d’aller plus loin, il est important de rappeler ici le contenu que le présent travail donne aux pratiques locales et savoir-faire contraceptifs. Ici, est considérée comme pratique locale et savoir-faire contraceptif, toute pratique contraceptive portant à la fois, les germes endogènes et exogènes, mais n’étant pas le fruit d’une expérimentation biomédicale.

6.1.1. Pratiques populaires

Par pratiques populaires, le travail désigne toute pratique relevant des circuits populaires à Zè.

On note une diversité de pratiques (naturelles et localisées) qui sont sollicitées par les acteurs au cours de leurs trajectoires génésiques. Mais souvent, les pratiques ne sont pas sollicitées isolément les unes des autres. On note une sorte d’imbrication ou une sorte d’empilement de deux ou de plusieurs pratiques sollicitées à la fois par les acteurs en vue de maximiser l’efficacité au niveau de ces pratiques. On se retrouve

parfois en situation où l'interlocuteur cite au-delà de deux pratiques qu'il a sollicitées simultanément.

6.1.1.1. Pratiques « localisées »

Les pratiques « localisées » désignent ici, toutes pratiques relevant des circuits populaires, retrouvées à Zè et qui sont diffusées de bouche à oreille.

✓ Micro-stratégies de planification des naissances : le langage des perles comme forme de gestion de la fécondité au sein du couple

Le travail met en exergue ici fondamentalement le rôle que jouent les perles dans la gestion de la fécondité. Son usage apparaît comme l'une des micro-stratégies que développent les femmes pour gérer la fécondité au sein du couple. En effet, l'usage des perles dans ce contexte à une double fonction (en même temps que les perles sont utilisées comme stratégies de séduction, elles participent à la gestion de la fécondité au sein du couple). Si la présence des perles consiste en une invitation expresse du mari, son absence constitue un mécanisme de dissuasion du mari, dans le but « d'apaiser » ses élans sexuels pendant une période donnée. En effet, les femmes développent toutes sortes de stratégies sexuelles, des « subterfuges » dans le but de maintenir le contact sexuel avec leur conjoint. Mais en même temps, elles ont mis en place un mécanisme chargé de signes, de symboles et de codes sociaux pour faire passer le type de message qu'elles souhaitent à leur conjoint selon les périodes. Elles invitent les conjoints à une « activité » sexuelle avec la présence des perles autour de la taille, mais elles les dissuadent aussi avec l'absence des perles autour de la taille. Il faut dire que cette situation prend le contre-pied de la pensée de Bozon (2002). En effet, la féminité ou l'expression de la femme de sa féminité au sein du couple ne correspond pas toujours évidemment à ce triptyque : la fertilité [...], son absence d'initiative en matière sexuelle. (Bozon, 2002). Les femmes se livrent à une sorte de « braconnage » du quotidien au sein du foyer avec mille façons de faire. Dans bien de cas, ce triptyque n'est qu'une simple vue de l'esprit. Dans les pratiques réelles, les femmes ne

sont pas aussi « passives ». Pour le cas de Zè, les femmes sont constamment à la recherche de petites « recettes sexuelles » et même magico-religieuses pour tenter de maintenir le regard de leur conjoint loin « d'une autre femme ». Mais dans le même temps, elles développent toutes sortes de stratégies pour « braconner » au quotidien les normes sociales et contourner le devoir conjugal. Plusieurs stratégies sont ainsi développées par ces dernières au sein du foyer pour susciter le désir sexuel chez le conjoint quand il le faut ou tenter « d'inhiber » le désir chez ce dernier, selon les moments. Les stratégies d'inhibition du désir sexuel chez le conjoint sont entre autres : l'absence des perles autour de la taille, le recours aux fausses fatigues, à une maladie imaginaire, aux fausses règles ou à l'usage d'un bout de tissu pour tromper la vigilance du conjoint par rapport à l'apparition des menstrues, etc. Les propos suivants sont illustratifs de quelques cas documentés :

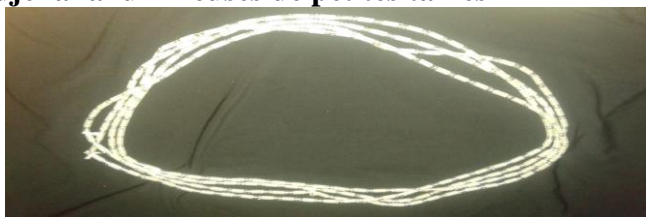
« Quand il m'arrive de porter mes perles, mon mari comprend le message et quand il ne voit pas les perles, il comprend aussi. Parfois même, je ne porte pas les perles juste après la fin de mes règles, j'attends encore quelques jours en plus, avant de les porter. Cela nous épargne des grossesses imprévues... » (Femme mariée, Adjan).

Plusieurs types de perles sont sollicités par les femmes pour fasciner leur conjoint au quotidien, mais aussi pour détourner l'attention du conjoint et « calmer » ses ardeurs sexuelles quand les femmes décident de ne pas les porter, selon les périodes et les circonstances. Quatre types de ces perles sont fréquemment cités par ces dernières (**les perles *djenana*, les perles « haute tension », les perles « love », les perles « pointi nini »**) et sont rapportées ici à titre illustratif :

Les perles *djenana* : selon nos interlocuteurs, qu'elles soient spirituellement « travaillées » ou non par un guérisseur, ces perles exercent une certaine attraction « sexuelle » et participent à la maximisation du désir sexuel au sein du couple. Elles sont généralement portées autour de la taille. Leur absence autour de la taille traduit un autre type de message. Les perles *djenana* sont de plusieurs catégories, mais les plus utilisées sont celles lumineuses (de grosses comme de petites tailles). On a :

-Les perles *djenana* lumineuses de petites tailles : elles se portent autour de la taille de la femme selon le nombre de « tours » désiré. Elles ont la particularité d'émettre de la lumière en pleine obscurité pour attirer le regard du conjoint. Selon certaines interlocutrices, elles envoient un message codé au conjoint et remplacent les mots une fois dévoilée en absence de lumière. Les photos suivantes illustrent quelques exemples de ces perles :

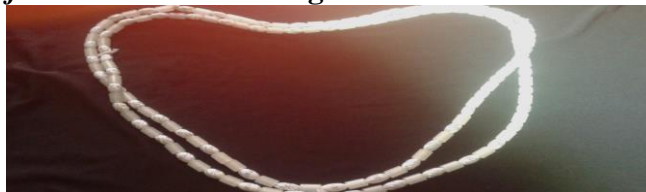
Photo 1 : Perles *djenana* lumineuses de petites tailles



Cliché : SONON, juin 2018

-Les perles *djenana* lumineuses de grosses tailles appelées : « clin d'œil ». D'après d'autres interlocutrices, elles ont pour particularité d'émettre non seulement de la lumière en pleine obscurité, mais de paraître « irrésistibles ». Selon ces dernières, une fois portée, elles envoient un message au conjoint pour lui faire comprendre que le moment est bien favorable.

Photo 2 : Perles *djenana* lumineuses de grosses tailles « clin d'œil »



Cliché : SONON, juin 2018

-Les perles « haute tension » : elles se portent aussi autour de la taille de la femme, qu'elles aient subi un « traitement spirituel » ou pas. Elles sont nettement de grosses tailles. Son absence autour de la taille montre au conjoint que le moment n'est pas favorable pour honorer le lit conjugal.

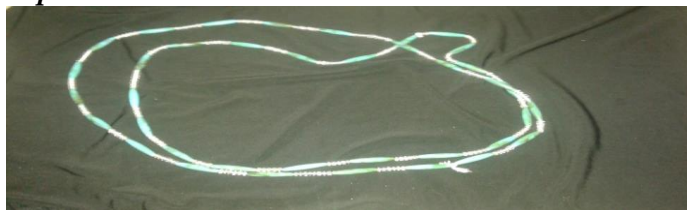
Photo 3: Perles « haute tension »



Cliché : SONON, juin 2018

-Les perles « *pointi nini* » : elles annoncent au conjoint que le moment est propice, quand la femme les met autour de la taille.

Photo 4 : Perles « *pointi nini* »



Cliché : SONON, juin 2018

-Les perles « *love* » : des échanges avec certaines interlocutrices, elles ont pour particularité d'envoyer un message au conjoint pour qu'il comprenne que le moment est favorable.

En définitive, on peut dire que la sexualité d'une certaine manière est « socialisée ». De même, le recours ou non aux perles soit pour maximiser le plaisir sexuel du conjoint ou le dissuader renvoie à un assemblage de codes sociaux, de significations sociales et de symboles dont les acteurs seuls détectent le message selon le moment de la sollicitation de ces perles ou selon leur absence. Ces « arts de faire » que les femmes développent au quotidien constituent des formes de « braconnage » de la réalité sociale qu'imposent les normes sociales et une forme de contournement du devoir conjugal, qui apparaît comme un devoir « obligatoire » au sein des couples. Ces formes de contournement participent dans une certaine mesure, à la gestion de la fécondité au sein des couples dans cet univers social.

✓ **Corps de la femme comme support de gestion de la fécondité au sein du couple**

En dehors des micro-stratégies présentées ci-dessus, les femmes développent d'autres micro-stratégies. En effet, pour se soustraire du devoir conjugal, quand elles pressentent que la période n'est pas favorable pour honorer leurs devoirs d'épouses, les femmes développent toutes sortes de stratégies de contournement. Zè étant un milieu où les règles sociales qui régissent la vie de couple accordent une place privilégiée aux droits et obligations conjugaux, les femmes ne décident pas unilatéralement de se soustraire à ces genres de devoirs. Elles développent donc de micro-stratégies pour contourner les normes sociales. Elles ne sont pas toujours des sujets aussi « passifs » qui subissent les exigences sociales qui régissent la vie du couple dans ce milieu ou les exigences du conjoint. Les femmes développent des tactiques, des micro-stratégies pour atteindre quelques fois leurs objectifs. Pour y arriver, elles ont mille façons de « braconner » au quotidien (De Certeau, 1990). Malgré le pouvoir dont se prévalent les hommes, la sexualité est un domaine dans lequel les femmes parviennent à contourner certaines règles (Tchak, 1999). On observe un écart entre la sexualité normative prescrite et les conduites sexuelles concrètes. Dans le but de « manipuler » les hommes, certaines femmes parviennent à s'affranchir des contraintes liées à la sexualité et par ricochet à celles liées à la procréation. En effet, plusieurs « subterfuges » sont développés par ces dernières pour contourner le devoir conjugal. Les manœuvres des femmes ont pour but de se dérober au rythme de la procréation. Pour ce faire, il faut qu'elles arrivent préalablement à contourner le devoir conjugal, autrement dit, il faut qu'elles arrivent à contourner la pratique fréquente de la sexualité. Quelques micro-stratégies que ces femmes avouent avoir développé souvent sont présentées ici. On a :

-L'usage des bouts de tissus pour tromper la vigilance du mari ou l'excuse des « fausses règles » : pour se soustraire à une possibilité de contracter une grossesse

qu'elles ne souhaitent pas pour le moment, les femmes inventent la stratégie des « fausses règles ». Cette stratégie a été abondamment évoquée par les interlocutrices en foyer monogamique. Ces dernières s'en servent comme micro-stratégie d'espacement de naissances. A cet effet, cette tactique se pratique par certaines femmes, lorsqu'elles ont des doutes sur leur période féconde. Elle est aussi sollicitée par certaines interlocutrices, lorsqu'elles sont conscientes que le moment n'est pas favorable pour honorer le lit conjugal et qu'elles sont tiraillées entre le désir d'assumer leur devoir conjugal et d'éviter une grossesse non désirée. Ces dernières avouent avoir utilisé souvent des bouts de tissus pour tromper la vigilance du conjoint en lui faisant croire qu'elles sont en période de menstrues. La stratégie de la fausse apparition des règles est la ruse la plus couramment utilisée par certaines femmes pour se dérober au devoir conjugal. En effet, cette stratégie est souvent utilisée par les femmes dont les hommes ne maîtrisent pas souvent le cycle menstruel. C'est une pratique très vieille qui a traversé des âges dans ce milieu. Même si la sexualité au sein des couples subie souvent un contrôle social, certains hommes semblent maîtriser très peu le cycle menstruel de leurs conjointes. Les propos suivants nous renseignent sur ces micro-stratégies. Une enquêtée confie à ce propos :

« En tout cas, je ne peux pas tomber enceinte maintenant. Je mets un morceau de tissu pour faire croire à mon mari que je suis en menstrues quand je sens que la période n'est pas favorable, sans qu'il ne s'en rende compte... » (Mère de trois enfants, Zè-Centre).

-L'évocation d'« un souci familial imaginaire » ou le recours à la « fausse anxiété » : cette stratégie a été évoquée par la majorité des interlocutrices, mais certaines interlocutrices reconnaissent toutefois, les limites de cette stratégie. Pour ces dernières, cette forme de stratégie n'est pas très efficace. La femme se met dans un état d'anxiété qui contribue à émousser le « désir » de son époux. Cette tactique fonctionne quelque fois et les femmes arrivent à atteindre leurs objectifs, en sollicitant cette stratégie.

-Le recours à une « maladie imaginaire » : la maladie est le prétexte, le plus souvent utilisé pour décourager le conjoint et « calmer ses ardeurs sexuelles ». D'après la plupart des enquêtées, les hommes « se résignent » et « abandonnent » très souvent devant ce prétexte.

« Quand le moment n'est pas bon, je fais semblant d'être malade et mon mari se résigne. J'utilise des astuces pour détourner son attention sans qu'il ne soit au courant... » (Mère de deux enfants, 35 ans, Dawé)

-Le prétexte d'indisponibilité de l'état physiologique du corps féminin : le recours à une fatigue « inventée » a été évoqué par quelques interlocutrices. En effet, face à la manifestation du « désir » de son époux, la conjointe qui est encore nourrice expose son indisponibilité physique d'accomplir l'acte sexuel. Cette micro-stratégie atteint quelques fois, les objectifs visés, mais pas toujours.

De tout ce qui précède, on peut dire que les femmes font preuve « d'imaginations » et « d'ingéniosités » pour contourner les normes sociales et les prescriptions en matière de pratiques de la sexualité au sein des couples, quand elles jugent « peu favorables » les périodes de « sollicitations sexuelles » de leurs conjoints, en vue de participer d'une certaine manière à la planification des naissances au sein du couple.

En effet, James Scott (1985), dans ses travaux rejette la théorie selon laquelle, les acteurs « dominés » acceptent de vivre leur situation de « dominés » comme étant une situation normale et préétablie par les normes sociales. Partant de ces analyses, nous pouvons dire, par analogie que les femmes développent des « formes journalières de résistances »¹² pour atteindre leurs buts. En effet, les moyens d'accéder à ces buts sont « réalistes et prudents » (Scott, 1985 : 348). Les réflexions de Scott permettent de saisir les limites d'une interprétation « grossière et classique » de la domination qui souligne la passivité des acteurs sans prendre en considération, les « formes de résistances », les tactiques, les subterfuges que les acteurs développent au quotidien.

¹² Cette notion est empruntée à James Scott, dans son ouvrage : « weapons of the weak », 1985.

En effet, la femme n'est pas un « sujet » aussi « passif » subissant les exigences du conjoint. Elle développe une diversité de micro-stratégies au quotidien qui lui permettent de participer à la gestion de la fécondité au sein du couple

6.1.1.2. Autres pratiques « localisées »

La majorité des procédés contraceptifs identifiés sont pratiqués par les femmes, mais certains sont expérimentés par les hommes.

-le recours aux femmes « dépanneuses » : nos interlocuteurs, notamment les hommes en ménage de type monogamique ont évoqué abondamment cette pratique comme pratique leur permettant de s'abstenir des relations sexuelles avec leurs conjointes nourrices. Dès lors que leurs conjointes deviennent nourrices, ces derniers accordent un temps de répit à celles-ci en faisant recours aux femmes libres, communément appelées « femmes dépanneuses » pour satisfaire leurs besoins biologiques et physiologiques. Paradoxalement, ces hommes avouent utiliser certaines méthodes contraceptives biomédicalisées telles que le préservatif lors des relations « intimes » avec ces types de femmes, mais s'en privent quand il s'agit de leurs épouses légitimes. En effet, selon les représentations populaires, le port du préservatif lors d'une relation intime se fait à l'endroit d'une certaine catégorie de femmes comme par exemple les « filles de joie ».

-la mobilité des conjoints (notamment les hommes) vers le Nigéria : nos interlocuteurs ont évoqué cette pratique fondamentalement dans deux arrondissements de la commune de Zè (les arrondissements de Sèdjè-Dénou et de Djigbé), comme pratique permettant l'espacement des naissances. Il faut dire que le déplacement s'observe au niveau de toutes les catégories d'acteurs : les enfants, les jeunes, les hommes célibataires ou en union. Mais la présente recherche s'est spécifiquement intéressée au cas des hommes en union qui y vont pour des périodes plus ou moins longues (deux à trois ans, selon la nature du contract de travail). Selon les cas rencontrés, les conjoints partent en mobilité et ne reviennent qu'après deux ans ou

trois ans et leurs progénitures atteignent l'âge moyen de deux ans avant le retour de ces derniers.

-Les conjoints vivant en domiciles séparés (pour réduire la propension au désir sexuel) : on constate aussi dans ce milieu que l'organisation sociale est structurée de sorte que certains conjoints vivent dans des domiciles séparés. Ces cas s'observent au niveau des ménages de types polygamiques où certaines conjointes vivent dans la famille d'origine tout en étant mariées. Selon certains enquêtés, cette situation réduit chez ces conjoints, la propension au désir sexuel après un accouchement et constitue de fait une pratique qui semble favoriser l'espacement des naissances dans ces ménages.

-l'usage du citron¹³ : cette pratique est citée par certains interlocuteurs en foyer monogamique comme pratique contraceptive. La consommation par l'homme d'un verre à boire du jus de citron avant la « copulation » serait une méthode qui freinerait la mobilité des spermatozoïdes vers la trompe de la femme. Cette pratique est souvent citée en association avec le *clor assamè* (le bain post-coïtal) que la femme doit effectuer aussitôt, après l'acte sexuel. Une enquêtée évoque à ce propos, l'une de ces expériences en ces termes :

« Les amis de mon époux lui ont dit de prendre le jus de citron jusque avant l'acte et que cela affaiblit le liquide de l'homme pour un moment. Je prends aussi la douche avec de l'eau tiède [...]. Mais je compte aussi les jours quelques fois pour être sûre »
(Mère de deux enfants institutrice, Zè)

-l'arrêt de la respiration par la femme avant l'éjaculation : cette technique est aussi citée comme une technique contraceptive (en association avec le bain post-coïtal et/ou le coït interrompu) par certaines femmes en ménage monogamique. Les propos suivants illustrent l'usage de quelques pratiques :

¹³ D'autres procédés faits à base des feuilles et des fruits sont cités par De-Souza (2005), comme procédés contraceptifs, tels que les feuilles et le fruit non mûr de l'ananas comosus et les feuilles de *crataeva religiosa* (*wontonzonzwen* en fon),

« Mon mari fait le coït interrompu [...]. Il se retire avant d'éjaculer. Je coupe aussi la respiration quand je sens qu'il veut éjaculer. Cela empêche la grossesse » (Mère de quatre enfants, Zè-centre)

6.1.1.3. Pratiques naturelles

Les pratiques naturelles sont celles véhiculées à travers les représentations populaires et qui ne sont pas spécifiques à un groupe socioculturel donné. Il faut dire que les méthodes contraceptives naturelles, semblent universelles. Elles ont été évoquées dans de nombreuses études : De-Souza, 2005 ; Guillaume, 2005 ; Koster, 2003 ; Andro, 2001 ; McLaren, 1996 ; Flandrin, 1984 ; Gélis, 1984 ; Shorter, 1982 ; Devereux, 1955.

Nous avons tenté une typologie des différentes pratiques que les femmes ont évoquées comme des pratiques contraceptives naturelles lors de la recherche. Il y a :

-Sèhou (en aïzo : qui signifie littéralement se retirer). Il est communément désigné sous le vocable du retrait avant éjaculation : communément appelé coït interrompu. C'est une pratique qui consiste à ne pas répandre sa semence dans l'appareil génital de la femme. Elle a été abondamment citée par les interlocuteurs comme une méthode contraceptive. Djibo et al (1998), rappelle que c'est à partir du coït interrompu, que toutes les méthodes contraceptives seraient élaborées, que celles-ci soient empiriques, médicales ou cycliques (Djibo et al, 1998). Certains de nos interlocuteurs avouent avoir associé celle-ci avec la consommation du jus de citron avant l'acte pour maximiser son efficacité.

-clor assamè (en fon ou en aïzo qui signifie : nettoyer le bas-ventre féminin). Désigné sous le vocable du bain post-coïtal : communément appelé la douche vaginale. Cette pratique a été citée par la majorité de nos interlocutrices comme pratique contraceptive dont elles ont recours. Elle se pratique à base d'eau tiède associée avec du jus de citron. Elle est pratiquée automatiquement après l'acte sexuel. En effet, la femme nettoie immédiatement ses parties intimes en vue d'arrêter la progression ou l'évolution des spermatozoïdes vers l'utérus. Toutefois, certains interlocuteurs

reconnaissent que cette méthode leur semble être la moins efficace de toutes les pratiques évoquées. Certaines interlocutrices nous ont confié qu'elles associent cette pratique avec celle du *sehou* (le coït interrompu) que le conjoint pratique juste avant le bain post-coïtal.

- *azangbigblé* (en aïzo qui signifie littéralement « mauvais jours ») ou identification de la période féconde. Cette expression est utilisée par certaines femmes qui nous ont confié qu'elles s'abstiennent certains jours du cycle, qu'elles appellent les « *azangbigblé* » ou les « mauvais jours ». Ceci consiste pour elles à se priver de l'acte sexuel pendant ces jours. Cette situation décrite correspond à l'abstinence périodique (méthode du calendrier) que certaines femmes rencontrées et ayant un niveau d'instruction donné (secondaire) ont évoqué. Cette méthode consiste à se priver de l'acte sexuel pendant la période féconde. Parmi le paquet de méthodes de calendrier existantes, celle évoquée souvent par nos enquêtées instruites est celle d'Ogino-Knauss qui consiste à identifier le jour de l'ovulation au quatorzième jour du cycle et à l'identification d'un intervalle fécond qui se situe entre le dixième et le seizième jour du cycle. Nos enquêtées non instruites ont évoqué cette pratique sans évoquer le jour de l'ovulation. De leurs discours, on retient qu'il faut compter des jours, dans le but d'écarter les jours qu'elles qualifient de jours « dangereux ». De leurs discours, on retient que quelques jours après la fin des règles, le couple doit s'abstenir de l'acte sexuel pendant quelques jours environs (c'est-à-dire : une semaine environ après la fin des règles). Mais la plupart des interlocutrices associent l'usage de cette pratique avec d'autres pratiques contraceptives telles que le bain post-coïtal et la méthode du coït interrompu pour maximiser son efficacité. Selon certaines interlocutrices, cette pratique est valorisée par les responsables religieux de leur obédience religieuse (notamment ceux de l'église catholique), qui la leur recommandent comme méthode contraceptive.

-l'usage du collier du cycle : cette pratique porte à la fois, les germes endogènes et exogènes des pratiques contraceptives. Elle s'assimile à la pratique de l'identification de : « *azangbigblé* » (mauvais jours). Cette pratique est sollicitée par certaines interlocutrices. En effet, certaines femmes de Zè vont suivre des formations dans le centre de santé de la commune de Zinvié sur les pratiques contraceptives dites naturelles. Cette pratique consiste à déplacer l'anneau depuis le premier jour de la fin des règles jusqu'au 16^e jour des règles dans le but de traverser la zone dite « zone d'insécurité ». Elle s'assimile aussi, à la méthode du calendrier, car elles permettent aux femmes d'identifier la période de fécondité et d'éviter la pratique de l'acte sexuel au cours de cette période.

-l'allaitement maternel prolongé : Cette pratique est évoquée par les femmes ayant un niveau d'instruction donné soit le primaire ou le secondaire et par certaines femmes non instruites. Dans les représentations populaires, le fait d'allaiter un enfant sur une période relativement longue constitue une forme de contraception. Certaines femmes ont recours à cette pratique comme méthode contraceptive. Ces femmes déclarent allaiter leurs enfants au-delà d'une année.

6.1.2. Les pratiques contraceptives d'usage à portée familiale

Par pratiques contraceptives d'usage à portée familiale, le travail désigne les pratiques identifiées dans certains cercles familiaux que certains interlocuteurs évoquent comme des pratiques contraceptives et qui ne se retrouvent pas systématiquement dans d'autres espaces familiaux. Les pratiques issues des recettes familiales ne sont pas « automatiquement » considérées comme populaires. Elles sont parfois spécifiques à certaines familles. Au nombre des pratiques contraceptives relevant du cadre familial, identifiées, on dénombre :

-l'assistance des belles-mères aux nourrices : certaines interlocutrices ont évoqué cette pratique. Pendant cette période, la nourrice part dans sa famille d'origine pour faire un court séjour ou bien elle reste auprès de son conjoint. Dans le cas où elle reste

auprès de son époux, c'est la mère de son conjoint (si elle est encore vivante) qui s'occupe d'elle et du nouveau-né. Dans le cas où elle part dans sa famille d'origine, c'est la mère biologique de la nourrice qui s'occupe d'elle et de l'enfant. Mais dans la majorité des cas documentés, c'est la mère du conjoint (communément appelée belle-mère) qui s'occupe de l'entretien de la nourrice et du nouveau-né. Cette dernière s'occupe d'une diversité de tâches comme de l'alimentation du nouveau-né et de celle de la nourrice. Selon certaines interlocutrices, la présence de cette vieille personne réduit la propension des époux au désir sexuel que peut provoquer leur proximité. De même, le départ de celle-ci dans sa famille d'origine pendant cette période réduit aussi le désir sexuel au cours cette période post-partum, à cause de l'éloignement des conjoints.

-La conservation du linge intime de la nourrice : cette pratique a été citée par très peu d'enquêtées. Elle consiste à « ensevelir » l'ensemble (constitué du linge intime de la nourrice et du sel dans une boîte) et à conserver le linge intime à l'abri de tous regards pendant tout le temps que durera « la pause génésique » de l'intéressée. Le jour où cette dernière ressent le désir de maternité, le linge intime est retiré de la boîte. Selon certains interlocuteurs, l'efficacité de cette pratique est liée au statut de la personne à qui l'intéressée confie le procédé à dissimuler. Généralement, ceci est confié à la femme la plus âgée ou à la femme ménopausée de la lignée. Toutefois, certains interlocuteurs pensent que cette pratique est parfois détournée à des fins occultes « malveillantes » et « stérilisantes », ce qui entraîne sa disparition progressive.

-la pratique du « *nougnignan* ou *djèbibè* » ou « *énonklornou* » (en aïzo ou en fon qui signifie littéralement « lavage » tire son sens des cérémonies organisées pour le rapprochement des conjoints, après trois à quatre mois de réclusion de la nourrice). C'est un rituel qui met fin, non seulement à la période de réclusion de celle-ci, mais qui met également fin à la privation de l'acte sexuel au sein du couple. Mais, le couple

subi, d'abord une abstinence temporaire pendant trois à quatre mois. Cette pratique a une correspondance scientifique et connue sous le vocable de la continence post-partum : communément appelée l'abstinence temporaire. La majorité des interlocuteurs, notamment ceux issus d'une lignée royale ou qui sont des adeptes de divinités ont évoqué cette pratique. Elle est pratiquée dans les espaces des catégories d'acteurs tels que les dignitaires religieux, les guérisseurs traditionnels, les personnes issues d'une lignée royale etc. compte tenu de leur rapport aux dieux, aux divinités. Ce rituel consiste à purifier, avec de l'eau « sanctifiée, suivant les référents endogènes », tous les endroits que la nourrice à fréquenter après l'accouchement, avant que son conjoint ne puisse reprendre le contact sexuel avec elle. Selon les propos des interlocuteurs, la femme qui vient de donner vie est considérée comme une femme comportant certaines « souillures », certaines vulnérabilités ; autrement dit : *agbasaton djènouvo*, (ce qui signifie, « son corps est encore ouvert »). Ce qui fait que les normes sociales recommandent que le couple soit soumis aux règles et interdits sexuels pendant quelques mois. En effet, durant toute la période dite de la quarantaine, correspondant à la réclusion de la nourrice, le couple est tenu de ne pas avoir de relation sexuelle. Parfois, celle-ci est aidée par une vieille femme, soit sa mère ou celle de son conjoint, jusqu'aux relevailles de l'interdit. Cet accompagnement dissuade davantage les ardeurs sexuelles des deux conjoints. Pendant cette période, la nourrice est considérée comme « impure » au double sens du terme. Elle est trop « impure » pour s'occuper de certaines activités comme la préparation des mets d'un roi ou d'un dignitaire religieux, si ce dernier s'avérait être son époux. Elle est aussi considérée comme « souillée », parce qu'elle n'est pas en mesure de pratiquer certaines obligations religieuses. Quelques extraits d'entretiens ci-dessous sont très illustratifs :

« Derrière ce bâtiment que vous voyez là, il y a un bâtiment. Quand une femme est en menstrues ou devient nourrice, elle s'isole. Elle ne doit pas puiser de l'eau, ni aller chercher du bois pour le repas etc. Quand ma femme devient nourrice, elle sait qu'elle doit s'éloigner de moi, quelques temps » (Guérisseur traditionnel, Koundokpoé).

Les prescriptions sociales recommandent aussi qu'après l'accouchement, le corps de la nourrice se repose quelques mois (environs trois (03) à quatre (04) mois, avant toute activité sexuelle. Ce qui fait que les conjoints restent à l'écart, privés de toute activité sexuelle avec cette dernière pendant cette période. Cette pratique est cumulée avec la pratique du recours aux femmes « dépanneuses » par les hommes en ménages monogamiques. Certains interlocuteurs ont confié, avoir cumulé cette pratique avec la sollicitation des « services particuliers » de femmes libres qu'ils appellent les femmes « dépanneuses » pendant la période du « gèle » sexuel. Les pratiques contraceptives issues des recettes familiales ne sont pas systématiquement populaires ; c'est la raison pour laquelle, nous avons séparé celles-ci des pratiques populaires. C'est le cas par exemple, de la conservation du linge intime de la nourrice.

6.1.3. Pratiques contraceptives magico-religieuses

Les pratiques magico-religieuses sont des pratiques issues des savoirs magico-religieux dont les acteurs porteurs sont les *amanwato* ou guérisseurs traditionnels. Au nombre des pratiques magico-religieuses identifiées lors de la recherche, il y a :

-L'usage des décoctions des plantes contraceptives : certains enquêtés de sexe masculin dont les conjointes sont multipares, ont évoqué l'usage de la feuille *voudrèlè* (en *aïzo*) comme pratique contraceptive de limitation ou d'arrêt des naissances. Des échanges avec ces derniers, ce sont les hommes qui détiennent le monopole de décision, en ce qui concerne la gestion de la fécondité, en particulier la décision de mettre fin aux naissances au sein du couple en milieu *aïzo* à Zè. Ce sont eux qui ont recours aux acteurs tels que les *amanwato* (guérisseurs traditionnels) et dignitaires religieux pour rentrer en possession du composé contraceptif. D'après les échanges avec les acteurs détenteur, dans le cas d'espèce, le composé s'obtient après avoir trituré dans un grand verre d'eau les feuilles d'une plante appelée *voudrèlè* en *aïzo* (ce nom lui a été donné en s'inspirant de sa forme rampante). Le substrat est ensuite

recueilli. Ce substrat est associé à quelques gouttes du jus de citron et à des formules magiques. Le résultat obtenu est un composé contraceptif qui provoquerait l'arrêt définitif de la maternité chez la femme qui le boit. L'usage de cette plante comme méthode contraceptive est entouré de secret que les guérisseurs traditionnels entretiennent. Des échanges avec certains d'entre eux, on retient que le secret entretenu autour de cette plante par cette catégorie d'acteurs, s'explique par le fait que sa consommation entraîne « systématiquement » l'« infertilité ». Ce qui fait que les détenteurs de ce savoir le mettent à l'abri des regards indiscrets des jeunes filles nullipares. La photo 5 représente une tranche de cette feuille.

Photo 5 : Feuille contraceptive : *Antiaris Toxicaria* (voudrèlè en aïzo)



Cliché : SONON, juin 2018

-Kpanhou : les hommes en foyer polygamique et monogamique ont cité abondamment le **Kpanhou** ou la mise en terre du nom de l'intéressée avec de l'escargot et d'une botte de feuilles, de même que certaines femmes qui ont sollicité les services d'un guérisseur traditionnel, spécialiste en la matière. Cette pratique consiste à solliciter les services d'un guérisseur traditionnel ou d'un dignitaire religieux (de culte endogène), détenteur de ce type de savoir. Ce dernier compose le procédé fait du nom de la femme qui désire mettre fin à sa maternité. Au nom de l'intéressée écrit sur un bout de papier, le guérisseur traditionnel y ajoute le linge intime de cette dernière, un escargot et une botte de feuille de *Kpanhou*, associé avec quelques paroles incantatoires. Ce composé est soigneusement attaché et enterré dans un trou. Des échanges avec les détenteurs de ce savoir, la présence de l'escargot renvoie au symbolisme de l'absence du sang. L'escargot étant un mollusque qui ne

produit jamais du sang ; enterré le composé comportant l'escargot signifie que l'intéressée n'aura plus jamais ses menstrues. De même, le nom de la feuille utilisée est chargé de sens et de symboles. Le nom *kpanhou* en langue *aizo* signifie littéralement : fermer, « fermeture ». Ici, l'appareil génital de la femme est représenté par cette feuille. Ce qui veut dire que son appareil génital est fermé « définitivement » et cesse d'être « fonctionnel ». Cela conduit à une ménopause précoce « provoquée ». Selon certains discours, l'intéressée ne pourra plus jamais porter une grossesse. Des échanges avec ces catégories d'acteurs, on note aussi que certaines personnes animées d'intentions « malveillantes » détournent cette pratique à des fins occultes « stérilisantes ». Des coépouses s'en serviraient comme moyen de vengeance. Selon certains acteurs, le revers de cette pratique est qu'elle est parfois utilisée à des usages « malveillants ». Ce qui fait que les acteurs du milieu, la sollicitent de moins en moins.

-les scarifications sur le bas-ventre de la femme : Cette pratique consiste à faire quelques scarifications à l'aide d'une poudre¹⁴ magique soigneusement préparée par le détenteur d'un tel savoir (les guérisseurs traditionnels ou les dignitaires religieux) sur le bas-ventre de la jeune fille nullipare. Il faut souligner que cette pratique est spécifiquement faite sur les jeunes filles dans le but de les préserver des grossesses précoces. Elle est actuellement de moins en moins pratiquée à cause des conséquences que cela engendre sur l'intéressée dès qu'elle éprouve le désir de maternité. Lorsque les scarifications sont faites, l'antidote est conservé dans un endroit secret soit par les parents de la jeune fille ou par le guérisseur et utilisé plus tard pour annuler l'effet contraceptif. Mais il arrive dans certains cas, que l'antidote ne soit pas retrouvé, soit, à cause du décès de celui qui le détient. Ce qui fait que les concernées restent définitivement stériles ou se « débattent » jour et nuit pour tenter de trouver une issue à leur mal.

¹⁴ La composition de la poudre ne nous a pas été donnée à cause des pouvoirs magiques et mystiques de cette dernière...et aussi dans le souci de préserver la recette du grand public.

-*Alorkè dida* ou bague contraceptive : le port de *Alorkè dida* (en fon et qui signifie bague magique) est une pratique qui est évoquée par la majorité des hommes et des femmes en ménages polygamique et monogamique. Selon les interlocuteurs, cette pratique est très répandue à Zè et est utilisée comme une pratique contraceptive permettant d'espacer les naissances. La bague n'est pas une bague ordinaire, mais elle est « travaillée » par le guérisseur traditionnel et est portée par la femme qui l'enlève dès qu'elle « présente » l'apparition de ses menstrues. Elle la remet aussitôt à la fin des menstrues. Selon certaines autorités coutumières, l'efficacité de la bague pourrait s'annuler avec l'apparition des menstrues, lorsqu'elle n'est pas enlevée à temps, avant l'arrivée des menstrues. L'usage de la bague contraceptive impose donc la connaissance du cycle menstruel de sorte à l'enlever avant chaque apparition des menstrues. Certaines interlocutrices avouent que l'usage de la bague contraceptive n'a pas été efficace à leur niveau. D'autres interlocutrices ont lié son efficacité à la nécessité de la connaissance du cycle menstruel dans le but de la retirer à temps, avant l'arrivée des menstrues. Ce qui implique une connaissance plus ou moins parfaite du cycle menstruel.

-*Sokou* : certaines interlocutrices ont cité énormément cette pratique comme pratique contraceptive qu'elles sollicitent dans le but d'espacer leurs naissances. Elles avouent avoir associé cette pratique avec d'autres pratiques (comme le bain post-coïtal et quelque fois avec l'abstinence périodique etc.), à cause du non respect des interdits, liés à son usage). L'usage du *sokou* (en langue aïzo) consiste à enrouler autour de la taille une amulette sous forme de ceinture contraceptive confectionnée par un guérisseur traditionnel sur commande. Selon les propos de certains acteurs détenteurs de ce type de savoir, pour confectionner le *Sokou*, les *amanwato* dispose d'un linge fin avec lequel il fait un certain nombre de nœuds. Au niveau de chaque nœud, il dispose des recettes végétales associées avec la poudre du serpent grillé. La présence de la poudre du serpent renvoie au symbolisme de la femme sans enfant. L'une des paroles

magiques qui accompagnent la confection de l'amulette est qu'« **on ne voit jamais un serpent entrain de circuler en compagnie de ses enfants** ». L'amulette est maintenue autour de la taille pendant tout le temps que durera la « pause génésique ». Elle sert de pratique d'espacement des naissances. Sur demande de la cliente, le guérisseur fait le nombre de nœuds en fonction du temps que durera « la pause génésique ». L'interdiction est faite à la femme utilisatrice du *sokou*, de « serrer » la main d'une femme enceinte. Selon les propos de certains guérisseurs, « le fait qu'une femme utilisatrice « serre » la main d'une femme enceinte, entraîne un avortement involontaire au niveau de la femme enceinte, car « une communication symbolique s'établit entre les deux femmes ».

-*Adogo babla* : (en fon) *ou adogo doté* (*en aïzo*) : qui signifie : « le ventre attaché ». Certains interlocuteurs en l'occurrence, les guérisseurs traditionnels et les hommes en union ont évoqué cette pratique comme une pratique contraceptive. Elle consiste à « attacher » le ventre de la nourrice qui vient de contracter une grossesse précoce. Cette pratique consiste à « suspendre l'évolution d'une grossesse ». Certains conjoints sollicitent ce procédé pour se mettre à l'abri des « railleries » de leurs voisins, lorsque leur conjointe contracte une grossesse précoce et qu'ils jugent que l'enfant issu de l'accouchement précédent n'est pas encore suffisamment âgé. Mais selon ces derniers, à cause d'éventuelles complications que ce procédé engendre lorsqu'il s'agit d'annuler l'effet « inhibiteur » qui a favorisé la « suspension » de l'évolution de la grossesse, il est de moins en moins sollicité. Cette pratique est aussi utilisée à des fins « malveillantes », qui consistent à user des pratiques occultes pour « suspendre », définitivement la grossesse d'une femme (cf le mythe de l'enfant endormi).

Par ailleurs, il faut souligner que toute cette diversité de pratiques contraceptives est sollicitée par les acteurs selon plusieurs logiques. De même, ces pratiques sont sollicitées parfois en fonction du sexe, du niveau d'instruction etc. Certains interlocuteurs ont confié aussi, avoir sollicité plusieurs pratiques simultanément. Les

quatre tableaux suivants présentent respectivement les proportions dans lesquelles les pratiques sont sollicitées suivant le sexe des acteurs, le niveau d'instruction, la nature de ménage. De même, ces tableaux présentent aussi les proportions dans lesquelles elles sont parfois sollicitées simultanément, selon le but visé par les acteurs. Le tableau XXXII montre les pratiques sollicitées selon le sexe des acteurs.

6.1.4. Les variables explicatives entrant en ligne de compte des méthodes contraceptives sollicitées par les acteurs

Plusieurs facteurs sous-tendent le choix du type de procédés contraceptifs non biomédicalisés par les acteurs. Parmi ceux-ci, on a : le sexe de l'acteur qui choisit le procédé contraceptif, le niveau d'instruction, la nature du ménage de l'intéressé (polygame ou monogame) etc. Le tableau XXXII présente les pratiques sollicitées suivant le sexe.

Tableau XXXII : pratiques sollicitées en fonction du sexe

Génération	Effectifs (en %)	Méthodes sollicitées (%)	Proportions de femmes (%)	Proportions d'hommes (%)
Individus de la tranche d'âge [45 ans ; +]	100	Naturelles	11	8
		Familiales	25	00,0
		Localisées	7	17
		Magico-religieuses	9	23
Total	100,0	-	52	48
Individus de la tranche d'âge [18 ; 45 ans]	100	Naturelles	26	12
		Familiales	13	00,0
		Localisées	8	19
		Magico-religieuses	9	13
Total	100,0	-	56	44

Source : données de terrain, 2017, 2018

D'après le tableau XXXII, on constate que les pratiques sollicitées dans de grandes proportions par les femmes quelque soit la tranche d'âge, sont les pratiques naturelles

(11% et 26%) et celles familiales (25% et 13%), tandis que les pratiques sollicitées par les hommes, quelque soit la tranche d'âge, sont celles localisées (17% et 19%) et celles magico-religieuses (23% et 13%). On en déduit que le choix des pratiques est fonction du sexe des individus. Les femmes ne sollicitent pas souvent les procédés magico-religieux. Selon les propos de certains, ce sont les conjoints qui détiennent le monopole de prise de décisions en ce qui concerne le nombre d'enfants que le couple devrait avoir. De ce fait, ce sont eux qui sollicitent les procédés magico-religieux qui permettent de mettre fin à l'expérience génésique du couple. Selon eux, la majorité des procédés magico-religieux participent à l'arrêt de la maternité, sauf les scarifications sur le bas ventre de la femme, le recours à *sokou* ou amulette magico-religieuse, le recours à la bague magico-religieuse etc. Le tableau XXXIII montre les pratiques que les acteurs sollicitent suivant leur niveau d'instruction.

Tableau XXXIII : Méthodes sollicitées en fonction du niveau d'instruction

Génération	Effectifs (%)	Niveau d'instruction des adoptants		Méthodes sollicitées (%)	Pourcentage (%)
Individus de la tranche d'âge [45 ans ; +]	100	-Instruit	Oui	Naturelles	14
			Non		3
		-Instruit	Oui	Familiales	11
			Non		14
		-Instruit	Oui	Localisées	17
			Non		9
		-Instruit	Oui	Magico-religieuses	9
			Non		23
Total	100	-		-	100
Individus de la tranche d'âge [18 ; 45 ans]	100	-Instruit	Oui	Naturelles	27
			Non		11
		-Instruit	Oui	Familiales	8
			Non		11
		-Instruit	Oui	Localisées	19
			Non		13
		-Instruit	Oui	Magico-religieuses	2
			Non		9

Génération	Effectifs (%)	Niveau d'instruction des adoptants	Méthodes sollicitées (%)	Pourcentage (%)
Total	100	-	-	100

Source : données de terrain, 2017, 2018

Selon les résultats du tableau XXXIII, on constate que quelque soit la tranche d'âge, les individus ayant un niveau d'instruction donné (primaire, secondaire) sollicitent beaucoup plus les méthodes naturelles dans les proportions de (14% et 27%) et celles localisées dans les proportions de (17% et 19%), contrairement aux individus non instruits qui sollicitent beaucoup plus les méthodes familiales, dans les proportions de (14% et 11%) et celles magico-religieuses (23% et 9%). On en déduit donc que le choix des procédés contraceptifs dépend du niveau d'instruction. Les raisons avancées par certains individus instruits pour justifier leur choix sont entre autres : qu'ils se laissent influencer par le fait qu'ils ne maîtrisent pas les effets secondaires des plantes qui entrent dans la composition des procédés contraceptifs magico-religieux. Tandis que les individus non instruits disent qu'ils ont un attachement vis-à-vis des pratiques qui sont issues des connaissances locales. De plus, la recherche a pris en compte les pratiques les plus sollicitées en fonction de la nature du ménage. Le tableau XXXIV montre les méthodes sollicitées selon la nature de ménage.

Tableau XXXIV : Méthodes sollicitées en fonction de la nature de ménage

Intervalles d'âge	Nature du ménage	Effectifs (en %)	Méthodes sollicitées (%)	Pourcentage (%)
Individus dont l'âge est compris entre [45 ans ; +]	Polygamique	72	Naturelles	12%
			Familiales	23%
			Localisées	9%
			Magico-religieuses	28%
	Monogamique	28	Naturelles	7%
			Familiales	4%
			Localisées	11%
			Magico-religieuses	6%
Total	-	100,0	-	100,0
Individus dont	Polygamique	12	Naturelles	2%

Intervalles d'âge	Nature du ménage	Effectifs (en %)	Méthodes sollicitées (%)	Pourcentage (%)
l'âge est compris entre [18 ; 45 ans]			Familiales	3%
			Localisées	2%
			Magico-religieuses	5%
	Monogamique	88	Naturelles	22%
			Familiales	19%
			Localisées	29%
			Magico-religieuses	18%
Total	-	100,0	-	100,0

Source : données de terrain, 2016, 2017, 2018

Selon les résultats issus du tableau XXXIV, on constate que les pratiques magico-religieuses (28%) et familiales (23%) sont plus sollicitées par rapport aux autres par les ménages polygamiques de la tranche d'âge [45 ans ; +]. Tandis que les méthodes naturelles (7%) et localisées (11%) sont plus sollicitées au niveau des ménages monogamiques de cette même cohorte. De même, en ce qui concerne les individus de la tranche d'âge [18 ans ; 45 ans], ce sont les pratiques familiales (3%) et magico-religieuses (5%) qui sont plus sollicitées au niveau des individus des ménages polygamiques. Tandis que les pratiques les plus fréquentes au niveau des ménages monogamiques de cette même tranche d'âge, sont celles localisées (29%) et naturelles (22%). On en déduit que la nature des procédés contraceptifs sollicités change suivant la structure du ménage (polygamique ou monogamique), de même que les proportions. Tableau XXXV met en exergue les pratiques sollicitées simultanément.

6.1.5. Le cumul de pratiques contraceptives et logiques d'acteurs

Les acteurs sollicitent plusieurs procédés contraceptifs locaux et/ou savoir-faire en matière de planification des naissances suivant une pluralité de logiques. Le Tableau XXXV présente les proportions dans lesquelles ces pratiques sollicitées simultanément.

Tableau XXXV : proportions des pratiques sollicitées simultanément

Génération	Effectifs (%)	Méthodes sollicitées cumulativement	Proportions de méthodes cumulées (%)
Individus de la tranche d'âge [45 ans ; +]	100	Naturelles et familiales	29
		Naturelles et localisées	17
		Naturelles et magico-religieuses	20
		Familiales et localisées	8
		Familiales et magico-religieuses	14
		Localisées et magico-religieuses	12
Total	100	-	100
Individus de la tranche d'âge [18 ; 45 ans]	100	Naturelles et familiales	16
		Naturelles et localisées	33
		Naturelles et magico-religieuses	13
		Familiales et localisées	18
		Familiales et magico-religieuses	9
		Localisées et magico-religieuses	11
Total	100	-	100

Source : données de terrain, 2017, 2018

Selon les résultats du tableau XXXV, les individus de la tranche d'âge [45ans ; +], cumulent et sollicitent dans une grande proportion, les méthodes naturelles et familiales (29%) et celles naturelles et magico-religieuses (20%) contrairement aux individus de la tranche d'âge [18 ; 45 ans], qui cumulent et sollicitent dans une grande proportion les méthodes naturelles et localisées (33%) et celles familiales et localisées (18%). De même, la variation liée à la faible proportion des méthodes familiales et magico-religieuses (9%) observée au niveau des individus de la tranche d'âge [18 ans ; 45ans], peut s'expliquer par les mutations socioreligieuses et l'avènement des religions dites « révélées ». Les acteurs cumulent les pratiques naturelles et familiales, ou celles naturelles et localisées ou encore celles familiales et localisées selon une diversité de logiques. Selon eux, ces catégories de pratiques évoquées sont souvent sollicitées de façon cumulée, non seulement dans le but de maximiser leur efficacité, mais aussi, parce que les acteurs qui les sollicitent sont guidés par une logique (celle

de la nécessité d'espacer les naissances). Par contre, les procédés magico-religieux sont prioritairement sollicités et parfois cumulativement avec d'autres, quand les acteurs qui les sollicitent sont guidés par le désir de mettre fin à toute activité génésique. On se trouve parfois en situation d'un « shopping contraceptif ». La notion du « shopping » est évoquée par Thomas Bierschenk (1998) dans ses travaux¹⁵. Il est parti de la notion du « shopping normatif » de Benda-Beckmann, pour évoquer la notion du « shopping institutionnel », en montrant comment les structures décentralisées, s'aggrègent aux instances locales préexistantes, selon des modes d'appropriation diversifiées. Il a montré comment l'avènement de la décentralisation a entraîné, dans l'arène politique locale, l'« empilement » des instances de régulation : des institutions nouvelles qui « intègrent » les anciennes, sans que les unes ne se soient substituées aux autres. Nous empruntons cette notion, pour faire ressortir celle du shopping contraceptif. En effet, une diversité de procédés et de méthodes contraceptifs s'offre aux acteurs pour la planification des naissances. Selon le but visé, les objectifs du moment, les référents sociaux auxquels ils se réfèrent et l'efficacité recherchée, les acteurs sollicitent à la fois, parfois deux à trois procédés contraceptifs non biomédicalisés. Parfois, on observe le glissement des acteurs d'un registre contraceptif à un autre.

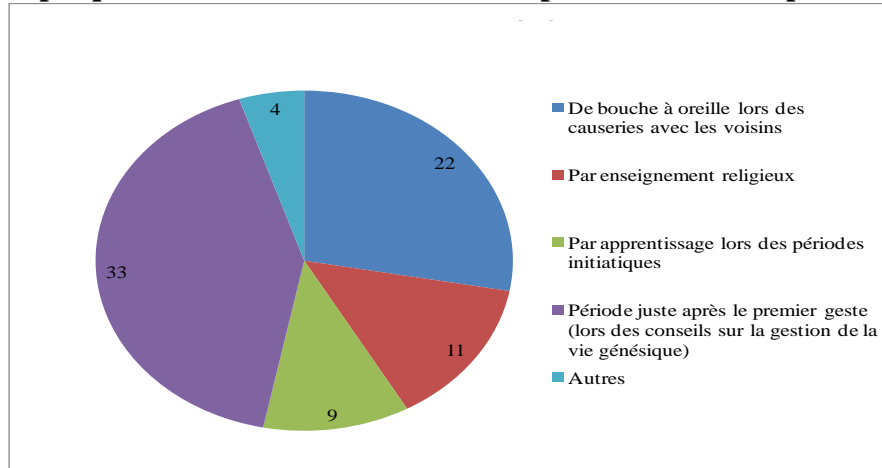
6.2. Ancrage social et mode de diffusion des procédés locaux et/ou savoir-faire contraceptifs

Ce sous titre présente les moyens par lesquels les individus prennent connaissance des pratiques contraceptives locales et les acteurs qui véhiculent ces pratiques. On note une diversité de connaissances et de savoir-faire liés à la gestion de la vie sexuelle et reproductive des acteurs dont les modes d'accès et de diffusion varient. Un essai de catégorisation des pratiques donne lieu à trois grandes catégories de pratiques. En ce

¹⁵ La notion du shopping institutionnel a été évoquée par Thomas Bierschenk, dans son ouvrage collectif : Les pouvoirs au village, le Bénin rural entre Démocratisation et Décentralisation, 1998.

qui concerne les pratiques populaires, ce sont des pratiques qui circulent dans l'environnement social des ménages à Zè. Elles ne sont ni des pratiques spécialisées ni des pratiques totalement structurées ou standardisées ou spécifiques à un groupe social. Ce sont des pratiques qui circulent de bouche à oreille dans l'univers social des acteurs à Zè. De ce fait, les acteurs s'en approprient parfois au cours des discussions de l'arbre à palabre, des causeries entre voisins sur leurs expériences sexuelles et génésiques. Ces pratiques se diffusent aussi entre voisins lors du premier geste. Par contre, les connaissances à portée familiale sont pour la plupart spécifiques à certaines familles et se transmettent de génération en génération au cours du processus de socialisation. La transmission des connaissances à portée familiale se fait sous forme d'assimilation progressive des normes et valeurs qui structurent la vie génésique à Zè au cours du processus de socialisation. Certaines connaissances familiales contraceptives se transmettent aussi de mère en fille, lors du premier geste de la jeune fille, devenue nourrice. En ce qui concerne les pratiques magico-religieuses, la transmission des connaissances contraceptives, se fait du maître guérisseur traditionnel à l'apprenti, du père praticien de médecine traditionnelle en fils, du conjoint guérisseur traditionnel à la conjointe etc. La transmission de ces connaissances se fait généralement de père en fils ou entre les membres proches d'une même famille. Ceci se fait après de longs séjours d'apprentissage ou par héritage (d'un parent disposant d'un certain nombre de connaissances dans le domaine et étant en situation d'exercice). Elle se fait aussi par rites initiatiques tels que les cérémonies de sortie de nouveau-né (pour apprêter l'enfant à la rencontre du monde extérieur). Une cérémonie est faite lors de la période post-partum de la nourrice. Un rituel appelé « *ahondjiglé* » est effectué sous la supervision d'un dignitaire religieux et d'un jeune en situation d'apprentissage qui assimile progressivement les pratiques qui structurent le parcours génésique des acteurs. Le graphique 14 présente les circuits par lesquels les acteurs prennent connaissance et diffusent ces procédés contraceptifs.

Graphique 14 : Circuits de diffusion des procédés contraceptifs locaux



Source : données de terrain, 2016 - 2018

Pour 33% des enquêtés, ils prennent connaissance des pratiques contraceptives locales et savoir-faire en matière de gestion de la fécondité, généralement après le premier geste lors des conseils sur la gestion de la vie génésique et généralement quand ils quittent leur statut de nullipare. Pour d'autres, soit 22% des enquêtés, c'est plutôt lors des discussions de l'arbre à palabre entre voisins, que de bouche à oreille, certains prennent connaissance de ces pratiques. Dans de faibles proportions, d'autres enquêtés prennent connaissance de ces pratiques soit à travers les enseignements religieux dans les espaces de cultes (11% des enquêtés), soit par apprentissage lors des périodes initiatiques (9% des enquêtés). Zè étant un milieu à forte sociabilité, les pratiques contraceptives locales se diffusent d'une catégorie d'acteurs (les détenteurs/porteurs) vers une autre catégorie d'acteurs (ceux qui reçoivent ou prennent connaissance de ces pratiques pour leur usage).

6.3. Catégorisation des acteurs détenteurs des recettes locales et savoir-faire contraceptifs

Un essai de typologie des acteurs porteurs des pratiques locales de planification des naissances renvoie à une diversité d'acteurs dont les savoirs sont variés et diversifiés. On a : les dignitaires religieux (les praticiens des religions endogènes et ceux de la religion judéo-chrétienne), les *amanwato* ou guérisseurs traditionnels, les acteurs du cercle familial porteurs de quelques recettes familiales (les grand-pères/grand-mères) et quelques divinités qui rentrent en jeu lors de la confection des procédés contraceptifs.

6.3.1. Dignitaires religieux

Les dignitaires religieux et/ou autorités coutumières, appelés *mèho* en langue *aïzo* et en langue *fon* sont les acteurs détenteurs d'un certain nombre de recettes contraceptives. Ces recettes prennent leurs sources des savoirs locaux enchâssés dans des mécanismes sociaux de gestion de la fécondité. Les recettes issues des savoirs détenus par ces catégories d'acteurs sont à la fois des recettes magico-religieuses et phytothérapeutiques. En ce qui concerne les dignitaires religieux, nous avons tenté un essai de classification en deux types (les dignitaires des religions endogènes et les dignitaires de la religion judéo-chrétienne). Le premier groupe est constitué des acteurs porteurs des recettes qui sont de l'ordre du magico-religieux, alors que les dignitaires de la religion judéo-chrétienne font la promotion des pratiques populaires qui sont essentiellement naturelles. Ceux que nous appelons ici, les autorités coutumières sont des acteurs qui sont détenteurs des savoirs et connaissances contraceptifs essentiellement phytothérapeutiques.

6.3.2. Amanwato ou guérisseurs traditionnels

Le cas des guérisseurs traditionnels appelés *amanwato* (en langue *fon* et en langue *aïzo* et qui signifie littéralement « le faiseur de feuilles ») documentés ici, s'inspirent des

feuilles et des plantes pour composer leurs différents procédés contraceptifs. Ces derniers s'appuient essentiellement sur les feuilles ou les plantes pour confectionner les procédés contraceptifs. Ils sont les acteurs porteurs des procédés issus fondamentalement de la pharmacopée traditionnelle et des connaissances magico-religieuses (leurs recettes sont faites à base des écorces, des racines, des feuilles ou des plantes associées à des formules magiques). Ils s'appuient à la fois sur la phytothérapie et sur les connaissances magico-religieuses pour fabriquer leurs remèdes contraceptifs.

6.3.3. Autres catégories d'acteurs

En dehors des acteurs cités ci-dessus, on observe une autre catégorie d'acteurs tels que les grand-pères/grand-mères détenteurs des recettes familiales. Il faut souligner qu'on ne peut pas installer une frontière cloisonnée et étanche entre ces différentes catégories d'acteurs. Certains acteurs se retrouvent parfois avec une double casquette : ils sont à la fois dignitaires religieux et guérisseurs traditionnels et au-delà des recettes magico-religieuses qu'ils possèdent, ils ont aussi des connaissances issues des recettes phytothérapeutiques et des connaissances issues des recettes relevant de leur cercle familial. Ils sont des acteurs qui sont présents dans les noyaux familiaux et qui détiennent certaines connaissances contraceptives et autres formes de connaissances qui se diffusent au sein de ces noyaux familiaux au cours des parcours génésiques des ménages. Il faut ajouter ici, qu'il y a certaines divinités que certaines catégories d'acteurs « sollicitent » lors de la formulation des « formules magiques ». En effet, selon leurs propos, pour renforcer le principe actif du procédé contraceptif, les noms de certaines divinités sont invoqués telles que les divinités *tobi*. Aussi faut-il ajouter que l'usage de la poudre du serpent « grillé » pour la confection des bagues contraceptives magico-religieuses est sous-tendu par l'invocation de la divinité *mami*, pour ne citer que ces cas là. Le graphique 15, présente de manière non exhaustive les principaux acteurs impliqués dans le processus de production et de diffusion des procédés contraceptifs répertoriés.

Graphique 15 : essai d'une typologie des principaux acteurs détenteurs des procédés locaux et/ou savoir-faire contraceptifs

Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : données de terrain, 2016 - 2018

Des résultats issus du graphique 15 ; 47% des enquêtés pensent que les dignitaires religieux (dignitaires des religions endogènes et responsables de la religion judéo-chrétienne) détiennent des connaissances et des recettes sur la planification des naissances qui ne sont pas biomédicalisées, tandis que 21% des enquêtés pensent que les *amanwato* ou guérisseurs endogènes détiennent des connaissances et des recettes contraceptives qui ne sont pas biomédicalisées et 22% d'entre eux, disent que les acteurs tels que les grand-pères et grand-mères ont aussi des connaissances et recettes familiales en rapport avec la planification des naissances. On conclut que la diffusion des recettes et connaissances non biomédicalisées de planification des naissances s'effectuent par ces différentes catégories d'acteurs qui constituent les principaux acteurs porteurs de ces recettes.

6.3.4. Quelques cas vécus/récits des acteurs relatifs à la performance des méthodes contraceptives d'usage

Le recours aux pratiques locales et/ou savoir-faire en matière de planification des naissances relève des construits sociaux et trouve sa source dans les représentations individuelles et collectives en matière de gestion de la fécondité à Zè. Cette forme de régulation de la fécondité que les acteurs sollicitent, s'appuie essentiellement sur des connaissances « non biomédicalisées ». En ce qui concerne l'efficacité de ces pratiques et procédés contraceptifs, ce sont les récits des interlocuteurs ayant expérimenté ces pratiques qui nous renseignent fondamentalement sur des cas de réussite ou d'échec de ces pratiques. La recherche n'a pris en compte, aucun dispositif expérimental biomédical pouvant tester leur taux d'échec ou de réussite. Les propos

ci-dessous nous renseignent sur quelques cas de réussite et/ou d'échec de ces pratiques :

« Mon mari m'a demandé d'acheter la bague. On nous a dit que c'est efficace. Qu'on peut l'enlever dès qu'on aura le désir de faire des enfants et après, on peut encore la remettre. Mais je suis tombée enceinte quelques temps après » (Mère de deux enfants, Sèdjè-Houègoudo)

A un autre enquêté d'ajouter :

« Mon mari est un enseignant, mais aussi guérisseur traditionnel, après mon quatrième enfant, mon mari m'a donné une tisane à boire. J'ai vu beaucoup de sang. Après je n'ai plus eu jamais mes règles et je ne suis plus tombée enceinte depuis ce moment là » (Mère de quatre enfants, Koundokpoé).

De tout ce qui précède, on peut dire que le vécu des acteurs est jalonné des cas de réussite et d'échec lors du recours aux pratiques locales et procédés contraceptifs. C'est dire donc qu'il existe une marge d'incertitude en ce qui concerne l'usage de ces pratiques, qui échappe encore à l'ingénierie traditionnelle et aux acteurs sociaux.

Toutefois, en dépit du fait que ces procédés contraceptifs n'ont pas encore subi une expérimentation scientifique pouvant définir les seuils d'efficacité dans la pratique, comme c'est le cas au niveau des produits biomédicalisés, les acteurs préfèrent souvent adopter ces types de réponses au quotidien au cours de leurs trajectoires génésiques et ceci malgré la disponibilité d'une offre contraceptive biomédicalisée. Il s'avère nécessaire qu'il y ait donc, une conciliation entre les convenances sociales et les normes médicales en matière de planification des naissances.

6.4. Pour une socio-anthropologie de la gestion de la fécondité : nécessité de concilier convenances sociales et normes médicales de planification des naissances

Face aux difficultés de mise en œuvre des politiques de la santé publique, plusieurs approches sont développées pour apporter une tentative d'explication. Nous avons, par exemple la perspective de la santé publique. Certains chercheurs en sciences sociales, évoquent l'attitude classique des praticiens à « évacuer » la question sans pour autant

chercher à identifier les réels facteurs. En effet, certains praticiens tentent d'expliquer ces difficultés par les mauvaises pratiques des patients. Certains auteurs ont montré que les praticiens, face à l'échec d'une politique de la santé publique, attribuent cet échec à l'incompréhension de leurs patientes. Selon ces auteurs : « les femmes sont souvent accusées par les personnels sanitaires « de ne pas faire ce qu'on leur dit », de ne pas « écouter, de ne pas obéir » (Jaffré & Prual, 1993 : 66). D'autres auteurs parmi lesquels Fassin abonde dans le même sens, en montrant que « lorsque les spécialistes de la santé publique cherchent à analyser les différences considérables [...] de mortalité maternelle d'un pays ou d'une région à l'autre, malgré la mise en œuvre d'une politique de santé maternelle, ils le justifient souvent par la réticence des femmes [...] à adopter les méthodes contraceptives » (Fassin, 1994 : 4-5). Ces praticiens évoquent comme explication « l'attachement de ces femmes aux pratiques et valeurs traditionnelles » et le rejet des savoirs et normes modernes. Mais, il faut dire que ces analyses portent en elles beaucoup de préjugés et traduisent plus l'image que ces spécialistes se font des populations auprès de qui, ils interviennent que la réalité à laquelle, ils sont confrontés. Car, « l'attachement à une certaine tradition indéniable [...] n'implique pas des conduites et des conceptions systématiquement traditionnelles » (Idem). Les populations rurales ne sont pas pour autant réfractaires au monde moderne. Dans les foyers, le quotidien des ménages est alimenté par les éléments du monde moderne, comme par exemple les efforts effectués par les parents pour scolariser les enfants, les décisions d'aller se faire soigner dans un centre de santé lors d'un épisode diarrhéique ou infectieux etc. Ces positions adoptées par les praticiens de la santé publique tendent à ne pas remettre en cause les faiblesses de l'idéologie de la santé publique et à montrer la « suprématie » de cette idéologie sur les normes sociales. Loin de s'inscrire dans une approche culturaliste rigide, le présent travail vise à aller au-delà de cette approche classique pour montrer la nécessité d'un prolongement des normes sociales aux normes médicales lors de la formulation et de

la mise en œuvre des politiques de la santé publique. En effet, on peut expliquer les réponses sociales que les ménages développent face à l'offre contraceptive biomédicalisée disponible à Zè par la résultante du « *clash*¹⁶ » ayant lieu entre les anciennes normes de gestion de la fécondité et celles nouvelles (modernes). Lors des interventions publiques, les normes médicales se retrouvent parfois en situation de « mise à l'épreuve » par les normes existantes dans le processus de la mise en œuvre de ces interventions à l'échelle locale. Les normes médicales qui structurent les interventions sanitaires se heurtent à une « résistance » des normes socialement établies. Ces diverses observations amènent donc à s'interroger sur les formules et méthodes de communication lors de la mise en œuvre des interventions sanitaires, en matière de planification familiale. Mais au-delà de cet aspect qui propose une remise en cause des procédés de communication/d'information et de promotion des services de santé, en matière de planification des naissances, la présente recherche introduit une série de questionnements sur les modalités selon lesquelles les politiques de la santé publique en général et celles portant sur la planification des naissances sont conçues. Selon Bonnet & Guillaume (2004), elles sont parfois considérées par quelques pays du Sud comme le véhicule de valeurs occidentales inadaptées à leurs contextes politiques et religieux. C'est dire que, les politiques de la planification des naissances semblent parfois occulter, comment les acteurs des milieux d'intervention conçoivent la gestion de leur fécondité. La plupart de ces politiques sont formulées à partir des indicateurs universels en matière de gestion de la santé sexuelle et reproductive. Les politiques de santé publique en général et celles de la planification familiale en particulier, apparaissent souvent comme des canaux producteurs de normes, qui énoncent la façon dont les populations doivent gérer leur santé, de façon générale pour une santé « parfaite » et leur vie sexuelle et reproductive en particulier, pour une « maternité sans risque ». Il faut dire que de tous les droits dont a fait objet l'humanité, le droit à la

¹⁶ Carbonnier, utilise ce concept pour montrer les difficultés de mise en œuvre des réformes foncières

santé est le plus réglementé (Dozon & Fassin, 2001). Mais au-delà d'une critique sur les discours normatifs de la santé publique, l'anthropologie doit aller au-delà de cette posture et s'interroger sur les conditions effectives d'un droit d'accès à la santé en général et sur la façon dont les populations pensent gérer leur fécondité en particulier. Une relecture des indicateurs qui fondent l'élaboration des politiques de santé publique en matière de planification familiale, apparaît donc nécessaire. Pour ce faire, les sciences sociales en général et la socio-anthropologie en particulier peuvent venir en appui à la santé publique.

6.5. La santé publique et les sciences sociales : quelle convergence, quels apports, pour la compréhension des difficultés d'appropriation de l'offre contraceptive biomédicalisée à Zè ?

Il s'avère important de montrer au début de ce sous titre que nous n'avons pas la prétention de postuler les sciences sociales comme des sciences possédant des « formules magiques » toutes faites qui leur confèrent une suprématie sur la santé publique. Il ne s'agit pas non plus de montrer que les sciences sociales détiennent des « procédés » capables de combler toutes les « faiblesses » de la santé publique. Il s'agit plutôt de montrer ici qu'en dépit du fait que la santé publique et les sciences sociales soient de nature « asymétrique », possédant des méthodologies et des approches différentes et totalement indépendantes, il peut exister une certaine « convergence », une certaine complémentarité entre les deux disciplines. Gruenais (1992), parle plutôt « *d'une rencontre à venir* » entre les deux disciplines. Le cas de (Hubert et Sancho-Garnier, 1992)¹⁷ est l'un des cas illustratifs de cette possible complémentarité. Cette section s'intéresse donc à une certaine convergence : l'apport

¹⁷ Annie Hubert et Hélène Sancho-Garnier (1992), ont montré à travers leur article sur Anthropologie et épidémiologie nutritionnelle que les deux disciplines sont complémentaires en dépit du fait qu'elles ont des approches différentes.

réflexif des sciences sociales à la santé publique. C'est donc dans cette perspective que les réflexions sont menées ici. Toutefois, il ne s'agit pas non plus de « forcer » une relation consensuelle entre les sciences sociales et la santé publique au point où les praticiens des sciences sociales perdraient leur « âme » au détriment des pratiques de santé publique, dans leur analyse des politiques de santé. L'autonomie de l'une ou de l'autre étant indispensable pour sa survie. En effet, « [...], les sciences sociales peuvent sans faire de concessions sur la question décisive de leur autonomie, enrichir la santé publique de leur apport critique » (Fassin et Défossez, 1992 : 24).

Nombreux sont les auteurs qui ont travaillé sur les rapports possibles entre les sciences sociales et la santé publique, particulièrement ceux entre la socio-anthropologie et la santé publique. Des auteurs comme Jaffré (1999) montre que praticiens de la santé publique et spécialistes socio-anthropologues se « rejettent » mutuellement le tord en ce qui concerne l'utilité de l'une pour l'autre. En effet, la complexité des rapports entre les sciences sociales et la santé publique peut s'expliquer dans une certaine mesure par les difficultés de disposer des définitions claires et précises de ces sciences pour lever la confusion autour de l'usage réel que les praticiens de la santé publique peuvent faire des sciences sociales, lors de la formulation et de la mise en œuvre des politiques de santé publique. Cette complexité réside aussi dans la confusion faite de leur utilité réelle dans la société. Les sciences sociales n'existent pas pour « régler » les problèmes de la société. Mais elles servent à identifier les problèmes et servent à orienter le décideur dans ses décisions et dans ses choix. Elles servent à éclairer les décisions dans la résolution des problèmes de société. En d'autres termes, selon Eric Fassin (1990) :

« Les sciences sociales ne peuvent résoudre les problèmes de notre société, non plus que d'une autre à sa place, mais seulement aider à les poser. Il importe donc de circonscrire leur ambition en séparant bien, pour reprendre l'opposition de Max Weber (1959), le Savant du Politique » (Fassin, 1990 : 31).

C'est dire donc qu'il y a souvent beaucoup d'enjeux autour de la formulation et de la mise en œuvre d'une politique de développement ou du moins autour de la formulation et de la mise en œuvre d'une politique de santé publique. Lorsque la mise en œuvre d'une intervention de développement en particulier, d'une intervention sanitaire rencontre une résistance de la part des bénéficiaires, les praticiens de la mise en œuvre de cette intervention se lancent dans des analyses culturelles classiques en évoquant une certaine barrière culturelle due aux pesanteurs socioculturelles. Comme si, une fois cette « barrière » levée, on observerait une forte adhésion des acteurs. Mais, une fois l'expertise des sciences sociales en particulier, celle socio-anthropologique sollicitée pour comprendre la résistance observée, le socio-anthropologue « [...] ne peut cependant que refuser une opposition qui, séparant l'économique et le culturel, laisse en partage aux uns la rationalité, aux autres l'irrationalité. En fait, les résistances rencontrées ont leur logique, que seule permet d'ignorer la méconnaissance des intérêts réellement en jeu [...] » (Idem). L'apport du socio-anthropologue dans l'analyse des difficultés de mise en œuvre d'une intervention, n'est pas de s'inscrire dans des « à priori culturalistes rigides ». Les sciences sociales constituent des disciplines scientifiques qui consistent à éclairer le décideur, alors que la santé publique a pour objet les politiques et programmes de santé. Elles n'ont pas les mêmes approches dans leur manière d'aborder les faits de la société. Les sciences sociales perdraient leur « âme » si elles s'inscrivent dans la même posture que les praticiens de santé publique, lors de la formulation des politiques de santé publique, mais aussi quand elles sont sollicitées pour analyser les facteurs qui pourraient susciter des difficultés de mise en œuvre d'une intervention sanitaire. Fassin et Défossez (1992), plaident alors pour « [...] un échange critique, mais constructif entre les deux disciplines afin de leur permettre une liaison moins dangereuse. (Fassin et Défossez, 1992 : 35). De plus, l'apport des sciences sociales à la santé publique n'est pas sans intérêt en ce sens que les praticiens des sciences

sociales, notamment des sciences socio-anthropologiques gagneraient de nouvelles perspectives de recherche.

D'autres auteurs comme Lavigne Delville, en s'intéressant à la contribution que la socio-anthropologie peut apporter de façon générale, aux praticiens du développement s'inscrit dans la même perspective en montrant que les praticiens du monde de développement sont soumis aux logiques institutionnelles et que leurs représentations sont animées par leurs cultures professionnelles et développementistes soutenues par « des clichés a-sociologiques » (Lavigne Delville, 2011 : 66). Dans ce cas, il est malaisé de penser que les recherches socio-anthropologiques et le langage socio-anthropologique leur sont facilement accessibles. Il faut donc une rupture épistémologique entre les deux modes de pensées et de conceptions en vue de créer un chaînon pour mettre à disposition des développeurs une expertise plus réflexive. Cette expertise peut être sollicitée en amont comme en aval de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de développement comme par exemple, lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé publique. A cet effet, « elle consiste à mobiliser sur mandat, des savoirs acquis antérieurement ou produits pour l'occasion, pour éclairer un problème ou faciliter une décision ». (Lavigne Delville, 2011 : 68). C'est dire donc que les travaux des sciences sociales en particulier, ceux des ethnologues et/ou anthropologues doivent ainsi surtout aider les développeurs et/ou les praticiens de la santé publique à mieux comprendre les « structures cognitives et sociales » (Bonnet, 1990 : 340) des populations au sein desquelles ils tentent de mettre en œuvre des interventions ou cherchent à transférer de nouveaux modèles de penser, de savoir-faire et de savoir être.

C'est dire donc que l'apport des sciences sociales en général et celui de la socio-anthropologie en particulier, à la santé publique et au monde du développement est de plus en plus incontestable. La socio-anthropologie, à partir de son mode de production de connaissances et de raisonnement, vient en appui aux acteurs de la santé publique et

aux décideurs pour leur apporter un éclairage. En effet, « l'apport des sciences sociales à la santé publique, c'est une méthode d'observation et d'analyse des faits, c'est un regard critique sur les sociétés et leurs institutions, c'est plus de connaissance pour décider d'une action » (Fassin, 1989 : 122). Cette contribution des sciences sociales, notamment, celle de la socio-anthropologie est de plus en plus réflexive et s'inscrit dans une posture critique, mais moins méfiante vis-à-vis des praticiens de la santé publique. Les sciences sociales dans leur contribution à la santé publique peuvent ouvrir d'autres pistes de réflexions et aller au-delà de l'asservissement des citoyens aux normes et règles qu'imposent la santé publique dans leur posture de « normalisation » de la santé pour des réflexions sur les « retombées positives »¹⁸ qu'engendrent les pratiques des praticiens de la santé publique dans le vécu des citoyens. Elles peuvent ouvrir leurs réflexions de plus en plus sur les logiques des praticiens, les dispositifs institutionnels et les politiques d'intervention ; de même que leurs stratégies d'action et les enjeux autour. Cette implication des sciences sociales en général et celle de la science socio-anthropologique apparaît comme le levier d'une conciliation entre les convenances sociales et les normes médicales et ceci pourrait faciliter dans une grande mesure, l'appropriation des interventions de la santé publique, en matière de la planification des naissances par les populations.

Conclusion partielle

Les pratiques contraceptives restent fortement enchâssées dans les mécanismes sociaux de gestion de la fécondité. En effet, les acteurs sociaux restent encore attachés aux convenances sociales, aux pratiques sociales en matière de planification des naissances dans une grande mesure. Ils « naviguent » d'une pratique à une autre selon

¹⁸ Massé (2007) a évoqué ce groupe de mots dans son article intitulé : « les sciences sociales au défi de la santé publique », pour montrer que les sciences sociales devraient aussi s'intéresser aux « contributions positives » de la santé publique, au-delà de leur entreprise normative dédiée à l'acculturation des masses aux valeurs promues par l'idéologie de la santé publique.

les objectifs du moment. Ce chapitre a présenté essentiellement une typologie de ces pratiques identifiées et l'ancrage social de ces dernières. Mais au-delà de l'attachement des acteurs aux convenances sociales, ce chapitre nous oblige à nous interroger sur les indicateurs sur la base desquels les interventions publiques de planification des naissances sont mises en œuvre. En effet, le débat sur les indicateurs sur la base desquels les politiques et interventions publiques de planification des naissances sont élaborées et mises en œuvre, s'apparente à celui abordé dans des travaux portant sur le foncier par Sonon & Imorou (2015).

CONCLUSION GENERALE

Les praticiens ont tenté d'expliquer les difficultés d'appropriation des politiques de la santé publique, notamment celles de la planification familiale, selon plusieurs perspectives. En effet, ces derniers ont tenté d'expliquer les obstacles liés à l'appropriation des politiques sanitaires par l'incompréhension des bénéficiaires de l'importance de ces politiques. Ils expliquent aussi l'échec de ces politiques par l'attachement des bénéficiaires aux pratiques « traditionnelles ». Olivier de Sardan (1995), rappelle les différentes analyses qui découlent parfois des difficultés

d'appropriation des innovations agricoles. Il invoque ici certaines analyses qui tentent d'expliquer l'échec des innovations agricoles par la résistance « des valeurs ancestrales » ou la résistance de la « tradition » face à ces innovations. Il mentionne aussi que l'échec de ces innovations est aussi expliqué par les acteurs, de façon « routinière » par le « retard » des populations paysannes, leurs résistances face aux opérations de développement. Mais, dans tous les cas, il ne faut pas ignorer que les populations développent souvent des formes d'adaptations « innovantes et créatrices ». Ces positionnements qui tentent d'expliquer les difficultés d'appropriation des innovations agricoles par les paysans sont aussi récurrents dans le monde médical où les tentatives d'explications des difficultés d'appropriation des innovations de la santé publique sont appréciées sous le prisme de l'opposition tradition/modernité ou sous le prisme de « l'ignorance » des bénéficiaires des bienfaits de ces innovations.

Ces postures tendent à donner l'impression que les acteurs sont « réfractaires » à tout ce qui a un caractère « moderne ». Il faut dire que : « l'instance à produire des interprétations culturalistes pour rendre compte d'une mauvaise couverture sanitaire a principalement pour fonction d'éluder des interrogations sur la façon dont sont menés les programmes de santé [...] » (Fassin, 1994 : 6). Mais au-delà de cet aspect abordé, il est important d'appréhender aussi les modalités selon lesquelles les politiques de la santé publique, notamment celles de la planification familiale sont élaborées. L'explication du phénomène par l'attachement des acteurs aux convenances sociales et aux pratiques coutumières n'est qu'un pan du problème car, la situation est beaucoup plus profonde. Il se situe pendant l'élaboration de ces politiques et pendant leur mise en œuvre. Il faut donc interroger les indicateurs sur la base desquels ces politiques sont conçues et mises en œuvre. Ce problème interpelle les acteurs à divers niveaux. D'un point de vue politique, il engage les Etats et les organismes internationaux à prendre des positions lors des conférences internationales et régionales. Ceci les interpelle aussi sur la façon dont ils s'approprient les différentes décisions issues des rencontres

internationales et la façon dont ils définissent leurs politiques de population et de santé. Ce n'est donc pas seulement lors du processus de leur mise en œuvre qu'il faut appréhender les obstacles liés à l'adhésion des acteurs à ces politiques. Celles-ci, une fois élaborées sous l'inspiration des normes médicales universelles sont « heurtées » à l'organisation sociale des milieux d'intervention. Certains indicateurs au niveau de ces politiques mettent fortement l'accent sur les droits reproductifs qui confèrent à la femme la possibilité de gérer leur vie sexuelle et reproductive indépendamment de « l'accord » de leur conjoint, alors que l'organisation sociale dans le milieu de recherche est structurée de telle sorte qu'on ne note pas la reconnaissance de ce type de droit à la femme. En effet, le fait que les acteurs développent à Zè, d'autres réponses sociales pour gérer leur fécondité au quotidien ne signifie nullement qu'ils s'opposent à tout ce qui est « moderne ». Sinon, on aurait observé aussi leur réticence à l'accès aux soins primaires de santé, de même que le refus de scolariser les enfants par exemple (toutefois, ces cas n'ont pas été profondément documentés, nous faisons simplement référence à certaines observations faites à ce propos). Analyser le phénomène sous l'angle de l'opposition classique entre tradition et modernité serait un peu comme « effleurer » la question, sans l'aborder en profondeur et sans prendre en compte d'autres considérations.

Il faut rappeler que « diverses conférences ont permis la conceptualisation, depuis 1968, d'un droit à l'accès aux méthodes de planification familiale comme droit humain fondamental. La convention du Caire ajoute que cet accès doit être libre de toute contrainte » (Gautier, 2000 : 1). Plusieurs articles de ce traité mettent le focus sur les droits reproductifs. En effet, l'article 16 spécifie que les femmes ont les mêmes droits que les hommes de décider « librement et de façon responsable » du nombre et de la naissance des enfants. Selon l'auteur, les « fondements » sur la base desquels s'élaborent les programmes de population et de développement à la fin de l'ensemble des conférences internationales, confèrent l'assurance que désormais les femmes «

contrôlent leur fécondité » Gautier (2000). L'Etat béninois a reconnu la manifestation de ce droit à travers les documents de politiques et textes de lois. Prenons à titre d'exemple le vote de la loi n°2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction. On constate dans ce texte de lois que les normes juridiques offrent les mêmes possibilités à l'homme et à la femme de gérer la vie sexuelle et reproductive de leur couple selon les mêmes modalités (article 7, alinéa 2 ; article 16, alinéa 3).

Or, au cours de la recherche, on ne constate pas la reconnaissance de ce type de droit à la femme tel que prévu dans les textes de lois. La femme ne peut gérer exclusivement sa vie sexuelle et reproductive, indépendamment du conjoint. Les normes qui structurent l'élaboration des politiques et des interventions sanitaires entrent parfois en contradiction avec les normes sociales des milieux d'intervention. De même, les logiques qui structurent l'offre contraceptive médicalisée entrent parfois en contradiction avec les logiques sociales qui structurent la gestion de la fécondité, au sein des couples à Zè. Il faut dire que les politiques de santé publique apparaissent souvent comme des canaux « producteurs de normes » sur la façon dont les populations doivent gérer leur santé de façon globale pour une santé « parfaite » et sur la façon dont ils doivent gérer leur santé sexuelle et reproductive de façon spécifique. A cet effet, il est important de souligner que le Bénin n'est pas le seul pays qui connaît des difficultés dans la mise en œuvre des politiques de planification familiale, au sein de certaines localités. L'échec des politiques de planification familiale a été effectif dans nombre de pays comme l'Inde et l'Amérique Latine, par exemple. Ceci a été abondamment abordé dans de divers travaux sur la santé de la reproduction par de nombreux auteurs tels que Gautier (2000), Guillaume et Bonnet (2004) etc. Cette situation induit une série de questionnements à savoir :

1, sur quelle base fondamentale, les politiques de la gestion de la fécondité, notamment celles de la planification familiale en direction des pays du Sud sont-elles élaborées ?

2, lors de la conceptualisation des politiques de la planification familiale, est-ce qu'il y a une harmonisation des indicateurs universels et ceux spécifiques à chaque pays avant la validation de ces politiques ?

3, les acteurs politiques prennent-ils le temps d'identifier ce qui est exprimé en termes de besoins au niveau des acteurs à la base (au niveau de chaque pays) avant la conceptualisation de ces politiques ?

4, les problématiques liées à la santé de la reproduction et à la planification familiale doivent-elles être « réglées » exclusivement à coup de normes biomédicales et juridiques ?

Une conciliation entre les logiques qui gouvernent les politiques de santé publique et les logiques/pratiques sociales des populations autour de la gestion de la fécondité, grâce à l'apport de la science socio-anthropologique apparaît donc nécessaire. En effet, le présent travail propose une « sollicitation » de l'apport des sciences sociales, notamment, l'apport de la socio-anthropologie lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et interventions de santé publique en général et celles portant sur la planification familiale en particulier. Cet apport peut être sollicité non seulement en amont et en aval, mais aussi de façon prospective pour faire des projections dans le futur en ce qui concerne la prise en compte de certains indicateurs sociaux par les décideurs. A ce propos, l'offre biomédicalisée est une politique interventionniste de santé publique qui serait acceptée si elle prend en compte les usages sociaux de gestion de la fécondité en milieu aïzo à Zè.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1, Les ouvrages scientifiques, documents de politiques, rapports d'enquêtes etc.

- AFRIQUE CONSEIL 2006, *Monographie de la Commune de Zè*, Bénin, 27p.
- AGUIA-DAHO, J. 2013, *Du biologique au social : une socio-anthropologie de la douleur chez les parturientes dans la Zone sanitaire Ouidah-Kpomassè-Tori*,

Bénin, Thèse de Doctorat Unique en Sociologie de développement, FLASH/UAC, 272p.

- AKOUEDEGNI, C. et al. 2012, Synthèse des connaissances sur les plantes galactogènes et leurs usages en République du Bénin, *in BRAB*, numéro spécial Productions Végétales et Animales, Economie et Sociologie Rurales, Cotonou/Bénin, pp.24-35.
- AMOUZOUVI, D. 2009, *Le rapport de C2 du mémoire présenté à mon étudiant*, Cotonou, édition PIE, 40p.
- ARCA, M. & CARAVITA, S. 1993, « Le constructivisme ne résout pas tous les problèmes », ASTER N°16, *in Modèles pédagogiques 1*. INRP, 29. Rue d'ULM. 75230 Paris Cedex 05, pp.1-25
- ARON, R. 1967, *Les étapes de la pensée sociologique*, Paris, édition Gallimard, 662p.
- ASSOGBADJO, A. et al. 2011, *L'écriture scientifique au Bénin Guide contextualisé de formation*, Cotonou/Bénin, édition INRAB, 60p.
- ATTANASSO, O. et al. 2005, Les facteurs de la contraception au Bénin : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001, *in la planification familiale en Afrique*, Cotonou, édition GRIPPS, Document d'analyse, numéro 4, pp.3-47.
- AVENIER, M-J. 2011, « les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme ou pragmatisme » ? *in management*, volume 3, N°43, pp.372-391
- BACHELARD, G. 1967, *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, Collection : Bibliothèque des textes philosophiques, 5e édition, Québec, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 288p.

-
- BACHELARD, G. 1968, *Le nouvel esprit scientifique*, Collection : Nouvelle encyclopédie philosophique, 10^e édition, Québec, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 135p.
 - BAKO-ARIFARI, N. & LE MEUR, P-Y. 2001, « Une anthropologie sociale des dispositifs du développement » in *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluri-disciplinaires*, Paris, édition l'Harmattan, pp.121-173.
 - BAKO-ARIFARI, N. & LE MEUR, P-Y. 2001, « Les dynamiques locales face aux interventions de développement », in *Inégalités et politiques publiques en Afrique Pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris, édition Karthala, IRD, pp.263-277
 - BAJOS, N. & FERRAND, M. 2004, « La contraception, levier ou symbolique de la domination masculine ? », in *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n°3, pp.117-140
 - BALANDIER, G. 1971, *Sens et puissance : les dynamiques sociales*, Paris, collection. Quadrige, édition PUF, 336p.
 - BALANDIER, G. 2008, *Le sexuel et le social, lecture anthropologique*, Québec, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 24p.
 - BALANDIER, G. 1988, *Le désordre, éloge du mouvement*, Paris, Fayard, 252 p.
 - BEAUD, M. 2006, *L'art de la thèse : Comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net*, Paris, édition La Découverte, 21p.
 - BEN-DAOUD, M. et al. 2016, *Réussir votre projet de recherche, motivation, méthodologie et guide pratique*, Maroc, édition le Journal des Doctorales, SAWIS, numéro 1, 76p.
 - BERGER, P. & LUCKMANN, T. 1989, *La construction sociale de la réalité*, Paris, édition Méridiens klincksieck, 288p.

-
- BIRSCHENK, Th. & Olivier de SARDAN, J-P. 1998, *Les pouvoirs au village. Le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris, Karthala, 298 p.
 - BIRSCHENK, T. 2008, *Anthropologie et développement. Historiciser et localiser les approches*, Germany, The Working Papers, Institut für Ethnologie und d'Afrika studien, Johannes Gutenberg-Universität, Forum 6, D-55099 Mainz, 22p.
 - BOISSEAU, P. 1974, Sociologie de la tâche d'huile : innovations et rapports sociaux dans le processus de modernisation de l'agriculture française, in *Économie rurale*, Persée, n°103, pp. 34-37
 - BOLTANSKI, L. 1971, « Les usages sociaux du corps » in *les annales : économies, sociétés et civilisations*, numéro 1, pp.205-233
 - BONNET, D. 1990, « Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso » in *sociétés, développement et santé*, Paris, Editions Ellipses AUPELF, Collection : Médecine tropicale, pp.408-434
 - BONNET, D. & GUILLAUME, A. 2004, La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels in *La santé de la reproduction au temps du sida*, Paris, collection CEPED, édition Rencontres, pp.11-32
 - BOUGLE, C. & DEAT, M. 2015, *Le Guide de l'Etudiant en Sociologie*, Québec, les classiques des sciences sociales, 73p.
 - BOUHDIBA, A. 2010, *La sexualité en islam*, Paris, PUF, Collection Quadrige, 324p.
 - BOURDIEU, P. 1980, L'habitus en sociologie entre objectivisme et subjectivisme, in *le sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 08p.
 - BOURDIEU, P. 1998, *La domination masculine*, éditions Seuil, collection Liber, 134 p.
 - BOZON, M. 2001, « Les cadres sociaux de la sexualité », in *Sociétés contemporaines*, n°41-42, ISSN 1150-1944, Presses de Sciences Po, pp.5 à 9

-
- CARBONNIER, J. 2001, *Pour une sociologie du droit sans rigueur*, Paris, 10^{ème} édition LGDJ, 498p.
 - CHAE, S. et al 2015, *Obstacles à la pratique contraceptive des femmes au Bénin*, GUTTMACHER INSTITUTE, ABMS-PSI, Cotonou, Bénin, 08p.
 - CHAUVEAU, J-P. et al. 1993, L'innovation en milieu rural II, *in séminaires scientifiques du L.E.A*, ORSTOM, Montpellier, numéro 04, 221p.
 - CHAUVEAU, J-P. et al, 1999, *L'innovation en agriculture. Questions de méthodes et terrains d'observation*, collection « à travers champs », éditions de l'IRD (ex-Orstom) Paris, 365p.
 - COMMISSION NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT ET LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE 2002, *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Bénin 2003-2005*, Cotonou, 75p.
 - COULIBALY, A. 2012, « La complexité des carrières contraceptives féminines », *in Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest. Une contribution anthropologique*, Paris, édition Faustroll Claunay, pp.119-141
 - COULIBALY, A. 2015, « Fécondité et nouvelles expressions de la sexualité à Bamako et en Afrique de l'Ouest », *in Santé et Sociétés en Afrique de l'Ouest*, Collection « Environnements africains », édition CNRS, Paris, ISBN : 978-2-271-08733-1, pp.47-73
 - COULIBALY, A. 2017, « Multi rationalités et pratiques d'acteurs dans le domaine de la planification familiale au Mali » *in Anthropologie et Sociétés*.
 - CROZIER, M. & FRIEDBERG, E. 1977, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, édition le Seuil, 493p.
 - DANDJI, I. 2016, *Pratique de la planification familiale : éléments pour une saisie de la santé reproductive en milieu Maxi de Savalou au Bénin*, Thèse de Doctorat Unique en sociologie du Développement, FLASH/UAC, 304p.

-
- DANTIER, B. 2003, *La chose sociologique et sa représentation : introduction aux règles de la méthode sociologique d'Émile Durkheim : une étude inédite sur l'ouvrage de Emile Durkheim*, Québec, les classiques des sciences sociales, 53p.
 - DANTIER, B. 2004, *Gaston Bachelard, Les obstacles épistémologiques*, texte commenté et publié dans les classiques des sciences sociales, 07p.
 - DANTIER, B. 2004, *Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron : La fausse neutralité des techniques*, Québec, les classiques des sciences sociales, 6p.
 - DANTIER, B. 2004, *Pierre Bourdieu : La situation d'enquête et ses effets*, Québec, les classiques des sciences sociales, 06p.
 - DANTIER, B. 2004, *Karl Popper, Les théories et leur priorité sur l'observation et l'expérimentation*, Québec, les classiques des sciences sociales, 06p.
 - DANTIER, B. 2005, *Sciences sociales, désengagement épistémologique et engagement politique*, Québec, les classiques des sciences sociales, 08p.
 - DANTIER, B. 2007, *La construction sociale des catégories de sexe : Simone de Beauvoir : le deuxième sexe*, Québec, les classiques des sciences sociales, 20p.
 - DARBY, J-N. 2002, *Génèse : le premier livre de Moïse*, éditions Bibles et publications chrétiennes, 298 p.
 - DARRE, J-P. 1992, « Production des connaissances dans les groupes locaux d'agriculteurs » in *Innovation en milieu rural II*, textes des contributions au Séminaire du L. E. A., documents scientifiques du L.E.A. n°4 ORSTOM Montpellier, Département : Société, Urbanisation, Développement pp.167-174
 - DARRE, J-P, 1996, *Préface de Jean-Pierre Chauveau, L'invention des pratiques dans l'agriculture. Vulgarisation et production locale de connaissances*, éditions Karthala, Paris, 194 p.

-
- DE CERTEAU, M. 1990, *l'invention du quotidien : Arts de faire*, tome 1, collection Folio, Gallimard, 416p.
 - DELANNE, P. & GUINGNIDO, G. 2001, *Population et Développement : quels défis pour le Bénin ?* FNUAP, Cotonou, 255p.
 - DELEKE KOKO, I. et al. 2011, *Etude phytochimique des principales plantes galactogènes et emménagogues utilisées dans les terroirs riverains de la Zone cynégétique de la Pendjari*, Bénin, volume 5, numéro 2, pp.618-633.
 - DEMEULENAERE, P. 2007, « La compréhension des comportements individuels », in *L'individu social : Autres réalités, autres sociologie ?* Paris, collection Sociologie contemporaine, PUL, pp.167-177.
 - DES FORTS, J. 2001, *Violences et corps des femmes du tiers-monde : le droit de vivre pour celles qui donnent la vie*, Paris, édition l'Harmattan, 268p.
 - De SOUZA, S. 2005, *Cent (100) plantes médicinales du Bénin : guide pratique de phytothérapie*, édition 2005 (revue et complétée), Imprimerie L. D. WHANNOU, Cotonou, Bénin, 84 p.
 - De SOUZA, S. 2008, *Flore du Bénin : noms des plantes dans les langues nationales béninoises*, tome 3, deuxième édition, Presses de l'Imprimerie TUNDE, Cotonou, Bénin, 679p.
 - DESPRES, C. et al. 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », in *Questions d'économie de la santé*, Paris, IRDES, numéro 169, pp.01-08.
 - DIARRA, F. A. 1971, *Femmes africaines en devenir. Les femmes zarma du Niger*, Paris, Anthropos, 318p.
 - DICKO, M. 2008, *Rapport national sur l'état et le devenir de la population du Bénin (Rép 2004-2005) : Genre, culture et développement au Bénin*, Cotonou, MPDEAP/UNFPA, 336 p.

-
- DJIBO, H. & al, 1998, *Module de formation. Thème : islam/population et développement* Niamey, projet NER/98/04/01/03 ISLAM/SR/PF
 - DOZON, J-P. & FASSIN, D. 2001, « Introduction : l'universalisme bien tempéré de la santé publique » in *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, collection : Voix et regards, éditions Balland, pp.7-18
 - DPFPG 2007, *Loi n°2006-19 du 05 septembre 2006 : portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes en République du Bénin*, Cotonou, UNFPA, 17p.
 - DPFPG 2009, *Guide méthodologique d'intégration du genre dans les politiques, plans et programmes/projets de développement et curriculum de formation en intégration du genre*, Cotonou, DDC, 105p.
 - DSME 2010, *Stratégie Nationale de Communication sur la Réduction de la Mortalité Maternelle au Bénin*, Cotonou, 92p.
 - DSME (2011-2015), *Stratégie Nationale de Repositionnement de la Planification Familiale au Bénin 2011-2015*, Cotonou, 53p.
 - DSME 2012, *Evaluation rapide de la Planification Familiale au Bénin*, Cotonou, Rapport d'étude, 42p.
 - DSME (2014-2018), *Plan d'Action National Budgétisé pour le Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018 au Bénin*, Cotonou, 50p.
 - DUERR, H. P. 1998, *Nudité et pudeur*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, 220 p.
 - DURKHEIM, E. 1894, *Les règles de la méthode sociologique*, Québec, textes publié dans les classiques des sciences sociales, 80p.
 - DURKHEIM, E. 2003, *Les formes élémentaires de la vie religieuse, le système totémique en Australie*, Paris, Bibliothèque de philosophie contemporaine, 5ème édition, PUF, 604p.

-
- EVANS-PRITCHARD, E. 1950, *Anthropologie sociale*, Québec, les classiques des sciences sociales, 104p.
 - ERNY, P. 2000, *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*, Paris, l'Harmattan, 358p
 - FAINZANG, S. 1985, « Circoncision, excision et rapports de domination » in *Anthropologie et Société* 9, Paris, pp.117-127
 - FAINZANG, S. & JOURNET, O. 1989, *la femme de mon mari. Anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*, Paris, l'Harmattan, 173p.
 - FAINZANG, S. & JOURNET, O. 2002, « L'institution polygamique comme lieu de construction sociale de la féminité », in *Sexe et genre. De la hiérarchie des sexes*, Paris, CNRS, pp. 217-225
 - FASSIN, D. & DEFOSSEZ, A-C.1992, Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur, in *Anthropologies et santé publique*, Paris, Editions de l'ORSTOM, Cahier des Sciences Humaines, vol. 28 (1), pp.23-36
 - FASSIN, D. 1994, « L'anthropologie et la santé publique », in *Anthropologie, santé, maladie : autour d'étude de cas*, Lyon, Centre Thomas More, pp.01-17
 - FASSIN, D. 2000, Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Université paris 13, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, Vol.7, n°1, pp.58-78
 - FASSIN, E. 1990, « Introduction aux sciences sociales », in *Sociétés, développement et santé*, Paris, édition Ellipses, pp.16-27
 - FLANDRIN, J-L. 1981, *Le sexe et l'occident. Evolution des attitudes et des comportements*, Paris, les éditions du Seuil, collection UH, 384p.

-
- FLANDRIN, J-L. 1995, *Familles. Parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société*, Paris, les éditions du Seuil, collection Points Histoire, numéro dans la collectifin : 194, 320p.
 - FNUAP 2000, *la législation en matière de santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest*, rapport d'atelier, Assemblée Nationale du Mali, Bamako du 03 au 05 novembre 2000, projet policy, 37 p.
 - FNUAP, 2004, *Etat de la population mondiale. Le consensus de Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, 124p.
 - FONDS MONETAIRE INTERNATIONAL 2011, *Stratégie pour la réduction de la pauvreté (SCRP 2011-2015)*, Washington, Rapport du FMI, numéro 11, 220p.
 - FOUCAULT, M. 1976, *L'histoire de la sexualité : La volonté de savoir*, Paris, collection Nrf, éditions Gallimard, Tome1, 211p.
 - FOURN, E. & VOUHE, C. 2006, *Profil genre du Bénin*, Cotonou, Fonds Européen de Développement, Cotonou, 199p.
 - FREUD, S. 2001, *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 159p.
 - GASTELLU, J-M. 1992, « Compte rendu des débats : conceptions et dimensions de l'innovation » in *L'innovation en milieu rural II*, textes des contributions au Séminaire du L. E. A., documents scientifiques du L.E.A. n°4 ORSTOM Montpellier, Département : Société, Urbanisation, Développement, pp.11-13
 - GAUTIER, A. 2000, « Les droits reproductifs, une nouvelle génération de droits ? » in *Autrepart*, pp.167-180.
 - GAUTIER, A. 2000, « Politiques démographiques et liberté reproductive » in *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Paris, colloques et séminaires, IRD, pp.71-90.
 - GAUTIER, A. 2001, *Politiques, Programmes et Droits en matière de Santé de la Reproduction*, Paris, IRD, UR 91, 11p.

-
- GAUTIER, A. 2002, « Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : du malthusianisme au féminisme ? » in *Lien social et Politiques*, Paris, Numéro 47, pp.67-81.
 - GAUTIER, A. & al. 2004, *Les politiques de planification familiale : Cinq expériences nationales*, Paris, collection CEPED, édition Rencontres, 231p.
 - GAUTIER, A. 2005, « Les politiques de planification familiale : de plus en plus fréquentes, mais toujours contestées », in *La lettre du LPED*, Paris, collection CEPED, numéro 6, pp.01-04.
 - GOFFMAN, E. 2003, *Les rites d'interaction*, Paris, collection. Le sens commun, édition Minitext, 225p.
 - GOUDJO, R-B. 2001, *Santé de la reproduction : la promotion humaine ou nouvel impérialisme économique*, Cotonou/Bénin, collection Xwefa, édition Flanboyant, 232p
 - GOUDJO, R-B. 2002, *Le non de l'église catholique*, Cotonou, ECB, 234p
 - GRAWITZ, M. 2009, *Lexique des sciences sociales*, Paris, édition Dalloz, 421p.
 - GRUÉNAIS, M-E. 1992, Une rencontre à venir in *Anthropologies et santé publique*, Paris, Editions de l'ORSTOM, Cahier des Sciences Humaines, vol. 28, numéro 1, pp.3-12
 - GRUENNAIS, M-E. 2001, texte commenté à partir de « *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* ». Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (Dir.), in *bulletin de l'APAD*, N°21, pp.01-03
 - GUENGANT, J-P. 2014, Comment bénéficier du dividende démographique ? Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la Côte d'Ivoire, Développement et Sociétés, Paris, IRD, AFD, UMR 201, 118p.
 - GUILLOU, A. 1985, *Corps utile, corps fertile*, Nantes, LERSCO, 127p.
 - GUILMOTO, C. 2005, La chute de la natalité en Inde, in *La lettre du LPED*, CEPED, Paris, numéro 4, pp.01-04.

-
- GUTTMACHER INSTITUTE et IRSS 2011, *Avantages liés à la satisfaction des besoins en matière de contraception moderne au Burkina Faso*, Ouagadougou, numéro 1, 08p.
 - HAUT COMMISSARIAT A LA GOUVERNANCE CONCERTEE 2008, *Evaluation des Stratégies Nationales de Lutte Contre la Pauvreté (OSD, SCRP, OMD, etc.)*, Cotonou, 32p.
 - HOUINSA, G. D. 2008, *Femmes du Bénin au cœur de la dynamique du changement social*, Cotonou, édition Friedrich Ebert Stiftung, 303p.
 - HOURS, B. 2001, « Introduction : pour une anthropologie de la santé en sociétés », in *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, médecine du monde, Paris, Editions Karthala, ISBN : 2-84586-131-1, pp.5-21
 - HUBERT, A. & SANCHO-GARNIER, H. 1992, Anthropologie et épidémiologie nutritionnelle in *Anthropologies et santé publique*, Paris, Editions de l'ORSTOM, Cahier des Sciences Humaines, vol. 28 (1), pp.57-65
 - IMOROU, A. 2006, *Cliniciens versus santé publique : une analyse socio-anthropologique de la mise en œuvre d'une réforme sanitaire au Bénin*, Marseille, thèse de doctorat, tome 2, Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 510p
 - INSAE 2001, *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2001 : rapport de synthèse*, Cotonou, 15p.
 - INSAE 2002, *Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation(RGPH3) : Synthèse des analyses en bref*, Cotonou, 48p.
 - INSAE 2004, *Cahier des villages et quartiers de ville Département de l'Atlantique Cotonou*, 34p.

-
- INSAE 2007, *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) Bénin 2006*, Cotonou, 492p.
 - INSAE 2012, *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Bénin EDS-MICS*, Cotonou, 33p.
 - INSAE 2012, *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Bénin EDS-EDSB-IV*, Cotonou, 573p.
 - INSAE (2011-2012), *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV), 2011-2012*, Cotonou, 551p.
 - INSAE 2014, *Fiche de Données sur la Population au Bénin*, Population référence, Cotonou, 14p.
 - INSAE 2015, *RGPH4 : que retenir des effectifs de population en 2013 ? Résultats définitifs*, 33p.
 - INSAE, 2017-2018, *Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) : rapport provisoire*, 64p.
 - JAFFRE, Y. 1990, *Education et santé*, Québec, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 34p.
 - JAFFRE, Y. & PRUAL, A. 1993, Le corps des sages-femmes : entre identités professionnelle et sociale, in *Sciences Sociales et Santé*, Persée, volume 11, numéro 2, pp.63-80.
 - JAFFRE, Y. 1999, *Pharmacies des villes, pharmacies « par terre », anthropologie de la santé*, Münster, in Bulletin de l'APAD, Paris, Lit verlag, numéro 17, pp.63-70
 - JAFFRE, Y. 1999, « *Conclusion : de la construction sociale des maladies* », Paris, les Presses Universitaires de France, Collection : les champs de la santé, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 17p.
 - JAFFRE, Y. 2009, *La description en actes. Que décrit-on, comment, pour qui ?* Québec, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 25p.

-
- JAFFRE, Y. 2006, *Les terrains d'une anthropologie comparative des sensibilités*, Québec, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 21p.
 - JAFFRE, Y. 2012, « Pratiques d'acteurs dans les domaines de la fécondité et de la contraception en Afrique de l'Ouest », in *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest. Une contribution anthropologique*, Paris, édition faustroll clauway, p.7-118
 - JAFFRE, Y. & al 2015, « Corps biologiques, corps désirants, corps politiques. Les interfaces sociales et techniques des programmes de « santé de la reproduction » en Afrique de l'Ouest » in *Santé et Sociétés en Afrique de l'Ouest*, édition CNRS, pp.19-45
 - JOBIN, F. 2008, *Discours, pratiques et représentations autour de la contraception médicalisée au Bénin : regard anthropologique sur la fréquentation d'une clinique privée à Abomey*, Genève, Mémoire de licence en ethnologie, 128p.
 - KPATCHAVI, A. *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest : Pour une anthropologie du paludisme chez les Fon et waci du Bénin*, Cotonou, édition Ablodè, 355p.
 - LACOSTE-DUJARDIN, C. 1996, *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, la découverte, Paris, 355p
 - LAHIRE, B. 1998, *l'Homme pluriel*, édition Nathan, Paris, 272p
 - LAHIRE, B. 2007, « Construction sociologique de l'individu et reconstruction de la sociologie », in *L'individu social : Autres réalités, autres sociologie ?* Collection Sociologie contemporaine, édition PUL, pp.157-168.
 - Lavigne Delville, P. 2011, *Vers une socio-anthropologie des interventions de développement comme action publique*. Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, CREA Université Lyon II, 242p.

-
- LERIDON, H. J. 2002, « Des Forts-Violences et corps des femmes du tiers-monde : le droit de vivre pour celles qui donnent la vie », in *Population*, Paris, numéro 04-05, pp.769-770.
 - LE ROY, E. 1996, « L'ordre négocié. A propos d'un concept en émergence », in *Droit négocié, droit imposé ?* Bruxelles, Publication des Facultés Universitaires Saint Louis, pp.341-351.
 - LOUBET DEL BAYLE, J-L. 2012, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Québec, les classiques des sciences sociales, 386p.
 - MABILON-BONFILS, B. & SAADOUN, L. 2007, *Le mémoire de recherche en sciences sociales*, Paris, les éditions Ellipses, 252p
 - MACLEOD, A. 2004 « Les études de sécurité : du constructivisme dominant au constructivisme critique », in *Cultures & Conflits*, n°54, édition : l'Harmattan, pp. 13-51, ISBN : 2-7475-7301-X, ISSN : 1157-996X
 - MAIRIE DE LA COMMUNE DE ZE 2013, *Plan de Développement Communal 2014-2018*, Bénin, 92p.
 - MAIRIE DE LA COMMUNE DE ZE 2014, *Schéma Directeur d'Aménagement Communal (SDAC)*, Bénin, 85p.
 - MAIRIE DE LA COMMUNE DE ZE 2014, *Présentation de la commune de Zè*, Bénin, 09p.
 - MARINI, C. M. 2008, *Entretiens nocturnes à Jérusalem*, éditions Herder, 06 p.
 - MELHUUS, M. 2002 « Issues of Relevance: Anthropology and the challenges of Cross cultural comparison » in *Anthropology, by comparison*.Londres, Routledge, pp.70-92
 - MASSE, R. 2007a, Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale, in *Sociologie et sociétés*, 39(1), les Presses de l'Université de Montréal, ISSN 0038-030X, pp.13-27

-
- MASSE, R. 2007b, « Les sciences sociales au défi de la santé publique », *in la revue Sciences Sociales et Santé*, vol. 25, n°1, Les Editions John Libbey Eurotext, pp.5-24
 - MINISTERE CHARGE DU PLAN, DE LA PROSPECTIVE ET DU DEVELOPPEMENT 2003, *Premier rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement*, Cotonou, 28p.
 - MINISTERE CHARGE DU PLAN, DE LA PROSPECTIVE ET DU DEVELOPPEMENT 2012, *Rapport de Suivi 2012 de la Mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Benin*, Cotonou, Observatoire du Changement Social, 168p.
 - MINISTERE DE LA PROSPECTIVE DU DEVELOPPEMENT ET DE L'EVALUATION DE L'ACTION PUBLIQUE 2011, *Fécondité et Planification Familiale : Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012 (EDSB-IV)*, Cotonou, 02p.
 - MINISTERE DE LA FAMILLE, DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SOLIDARITE 2004, *Rapport National D'Evaluation Décennale de la mise en Œuvre du Programme D'action de Beijing (BEIJING + 10)*, 22p.
 - MINISTERE DE LA FAMILLE DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SOLIDARITE 2005, *Evaluation à mis parcours de la mise en œuvre du Plan d'Action multisectoriel de la Politique Nationale de Promotion de la Femme (PA/PNPF)*, Cotonou, 80p.
 - MINISTERE DE LA FAMILLE DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SOLIDARITE 2007, *Politique Nationale de Promotion de la Femme*, Cotonou, 107p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2005, *Politique et normes des services de santé de la reproduction, Mali*, 102p.

-
- MINISTERE DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE 2009, *Evaluation de la mise en œuvre du programme d'action de Beijing (Beijing+15)*, Cotonou, UNFPA, PNUD, DDC, ROYAUME DE DANEMARK, 142p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2006, *Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale*, Cotonou, 68p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2007, *Evaluation du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) du Bénin*, Cotonou, 33p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2008, *Politique Nationale de Santé*, Cotonou, 26p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2009, *Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018)*, Cotonou, 124p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2010, *Programme National de la Santé de la Reproduction, 2011-2015*, Cotonou, 144p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2010, *Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes au Bénin 2010-2020*, Cotonou, 40p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2010, *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*, Cotonou, 101p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2011, *Annuaire des statistiques sanitaires 2010*, Cotonou, 119p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2011, *Document de Stratégie de lutte contre la Mortalité Maternelle*, Cotonou, 56p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2011, *Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Bénin : Deuxième Plan d'Opérationnalisation 2012-2015*, Cotonou, 24p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2011, *Revue Rapide de la Stratégie Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale au Bénin*, Cotonou, 56p.

-
- MINISTERE DE LA SANTE 2012, *Plan d'action national de Planification Familiale 2012-2015*, Sénégal, 76p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2012, *Annuaire des statistiques sanitaires 2011*, Cotonou, 59p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2013, *Annuaire des statistiques sanitaires 2012*, Cotonou, 130p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2013, *Plan d'Action pour Le Repositionnement de la Planification Familiale au Togo 2013 - 2017*, Togo, 58p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2014, *Annuaire des statistiques sanitaires 2013*, Cotonou, 148p.
 - MINISTERE DE LA SANTE 2014, *Annuaire des statistiques sanitaires 2013 ZS/AS*, Cotonou, 115p.
 - MOUSSA, H. 2000, *La pharmacie par terre au Niger : une alternative à l'échec de la politique pharmaceutique nationale ? Etude de cas à la commune Niamey III*, Ouagadougou, Mémoire de Maîtrise, Département de Sociologie/Université de Ouagadougou, 112p.
 - MOUSSA, H. 2002, *Micro-analyse des interactions autour des consultations de planification familiale dans les centres des soins de Niamey*, Marseille, Mémoire de DEA en sciences sociales, EHESS.
 - MOUSSA, H. 2003, *Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger*, in *Bulletin de l'APAD*, Paris numéro 25, 14p.
 - MOUSSA, H. 2004, *La pratique de la planification familiale en milieu rural : cas du district de Kollo*, Niger, LASDEL, Etudes et Travaux, numéro 23, 53p.

-
- MOUSSA, H. 2012, *Entre absence et refus d'enfants, Socio-Anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*, édition l'Harmattan, 448p.
 - N'GUESSAN, K. et al. 2006, *Plantes emménagogues utilisées en médecine traditionnelle par les peuples Abbey et Krobou d'Agboville (Côte-D'ivoire)*, Côte-D'ivoire, Pharm. Méd. Trad. Afr, volume 14, pp.137-158.
 - OLIVIER DE SARDAN, J-P. 1990, « Sociétés et développement », in *Sociétés, développement et santé*, Paris, éditions Ellipses, Collection Médecine tropicale, texte publié dans les classiques des sciences sociales, pp.28-37.
 - OLIVIER DE SARDAN, J-P. 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Editions Karthala, Collection : Hommes et sociétés, texte publié dans les classiques des sciences sociales, 287p.
 - OLIVIER DE SARDAN, J-P. 2003, *L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants*, Etudes et Travaux, LASDEL, Niamey, numéro 13, 58p.
 - OLIVIER DE SARDAN, J-P. 2007, La politique du terrain sur la production des données en anthropologie in *Les Journées de Tam Dao 2007*, pp. 25-52
 - OLIVIER DE SARDAN, J-P. 2008, *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio anthropologique*, Louvain-La-Neuve, édition Academia-Bruylant, 365p.
 - PALAÏ, C. D. 2014, « Les contes paillards selon Sévérin Cécile Abega : esthétique et éthique de la sexualité » in *Mythes, création et société*, Nodus Sciendi, volume 11, pp.06-24
 - PAPE JEAN-PAUL 1992, *Catéchisme de l'église catholique*, Mane-librairie éditrice vaticane, Paris, 676p.
 - PILON, M. & GUILLAUME, A. 2000, *La maîtrise de la fécondité et planification familiale au sud*, colloques et séminaires, Paris, IRD, 321p.

-
- PNUD 2009, *Les Objectifs du Millénaire pour le développement au Bénin : Situation actuelle et perspectives*, Cotonou, 34p.
 - PRADERVAND, P. 1973, « Introduction » in *Education sexuelle en Afrique Tropicale*, Ottawa/Canada, CRDI, pp.04-09.
 - RATH, O. 1998, *Corps contrôlé, corps libéré, les figures du corps dans le discours de jeunes femmes maghrébines nées en France*, Paris, Thèse de doctorat, EHESS, 522p
 - RANGEON, F. 1997 « Désordres urbains » in *Désordre, centre universitaire des recherches administratives et politiques de Picardie*, PUF, pp.137-144
 - RATREMA, CH. 2015, *Humanae Vitae, une encyclique prophétique et contestée*, 4^e Conférence de Carême, Cathédrale Saint Charles, 10p.
 - RENARD, A. 1968, *Note pastorale de l'épiscopat français sur Humanae Vitae*, Assemblée plénière de Lourdes, 08p.
 - REPUBLIQUE DU BENIN 1996, *Enfants et Femmes, Avenir du Bénin*, UNICEF, Cotonou, 182p.
 - REPUBLIQUE DU BENIN 1996, Déclaration de Politique de Population, Cotonou.
 - REPUBLIQUE DU BENIN (2013-2025), Politique Nationale de Population, 38p.
 - REPUBLIQUE DU BENIN (2011-2015), *Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2011-2015)*, Cotonou, 203p.
 - RWENGE, M. 2000, « Urbanisation et comportement procréateur au Bénin » in *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Paris, colloques et séminaires, IRD, pp.147-160.
 - SCHELKY, H. 1966, *Sociologie de la sexualité*, Paris, collection idée, édition Gallimard, numéro 103, 266p.
 - SCOTT, J. C. 1895, *weapons of the weak : everyday forms of peasants resistance*, Yale University Press, 389p.

-
- SEHOUETO, L. M. 1995, *Savoirs locaux ou savoirs localisés ? La production et la diffusion des savoirs empiriques au Bénin : éléments empiriques pour une anthropologie sociale des savoirs "locaux"*, Berlin, Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades am Fachbereich Philosophie und Sozialwissen der Universität.
 - SHONGO DIAMBA, A. 2011, *Formation clinique sur la technologie de la contraception : méthodes de longue durée et permanente et les injectables. Leçon sur les rumeurs et les réalités : défis à relever et les postulats sur les recherches à entreprendre*, Dakar, PISRF, 29p.
 - SHORTER, E. 1982, *Le corps de la femme*, Paris, édition Le Seuil.
 - SEGOND Louis, 2013, *Genèse*, Alliance biblique universelle, 1273p.
 - SOME, M-TH. A. 2012, « Fécondité et conjugalité : entre normes sociales et propositions sanitaires », in *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest. Une contribution anthropologique*, Paris, édition faustroll clauay, pp.143-156
 - SONON, P. & IMOROU, A. 2015 « Accès et jouissance des femmes à la propriété foncière à Ganvié : construction sociale et sexiste dans la relation à l'espace en milieu flottant » in *Cahiers du CBRST*, n°5, ISSN : 1840-703X, pp.389-406
 - SONON, P. & IMOROU, A. 2015, « Perceptions et pratiques autour des droits à l'accès et au contrôle des espaces de la cité lacustre de Ganvié au Bénin » in *les annales de la Flash*.
 - STRAUSS, A. 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, édition l'Harmattan, 319p.
 - TCHAK, S. 1999, *La sexualité féminine en Afrique. Domination masculine et libération féminine*, Paris, L'Harmattan, coll. Sexualité humaine, 1999, 240p
 - WITTIG, M. 1980, « on ne naît pas femme », in *questions féministes* 8, Paris, pp.75-84

2, Les textes de lois

REPUBLIQUE DU BENIN, 2003, *Loi n°2003-04 du 03 Mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction*, Cotonou, 19p.

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

- BERTACCHINI, Y. 2009, *Petit guide à l'usage de l'apprenti-chercheur en sciences humaines et sociales*, édition HAL, 32p, <http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic/00432676v2>, consulté le 09/23/2015 à 06h27.
- BOZON, M. 2002, *Sociologie de la sexualité*, Paris, édition Armand Colin, 128p, <https://lectures.revues.org/797>, consulté le 15/10/2015 à 19h
- CHARRIER, P. & CLAVANDIER, G. 2013, *Sociologie de la naissance*, édition Armand Colin, 272p, <http://lectures.revues.org/13103>, consulté le 26/11/ 2014 à 00h11.
- CORCUFF, P. « Le constructivisme structuraliste de Pierre Bourdieu », in *Les nouvelles sociologies*, Université de Nathan, 10p, <http://sociol.chez.com/socio/socionouv.htm>, consulté le 15/10/2015 à 18h43.
- LAVIGNE DELVILLE, P. 2011, *Vers une socio-anthropologie des interventions de développement comme action publique*, Mémoire pour l'Habilitation à diriger des recherches : social Anthropology and ethnology, Lyon II, 242p, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00683177>, consulté le 11/11/2015 à 23h12.
- PAPE BENOIT XVI, 2008, *Discours de Benoît XVI à propos de l'encyclique Humanae Vitae*, Libreria/Editrice Vaticana/https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/fr/speeches/2008/may/documents/hf_ben-xvi_spe_20080510_humanae-vitae.html, 03p, le 02/03/2017 à 19h.

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretiens à l'endroit des différentes catégories d'acteurs

Guide d'entretien à l'endroit des ménages

I-repères sociaux et organisation sociale

-variables explicatives de la planification des naissances

-sémiologies populaires/discours sociaux sur la planification des naissances

II-normes et croyances en lien avec la procréation

- influence de la religion sur la planification des naissances
- attitudes de rejet/d'acceptation liées à l'espacement et à la limitation des naissances (les croyances/mentalités structurant les comportements)
- perceptions et position des femmes sur la planification des naissances
- perceptions et position des acteurs religieux sur la planification des naissances
- discours populaires/sémiologies, anecdotes relatifs :
 - A la natalité/procréation
 - à la sexualité/aux faits sexuels
 - à l'espacement des naissances
 - aux naissances rapprochées
 - aux femmes qui font des naissances rapprochées
 - au recours aux méthodes médicalisées de PF
- les enseignements que ces discours retracent
- conceptions et sémiologies populaires sur la contraception médicalisée et non médicalisée

III-connaissance des pratiques de planification des naissances/usages sociaux associés

- typologie des pratiques d'espacement et de limitation des naissances à Zè
- acteurs qui véhiculent pratiquent
- types de pratiques, raisons associées à ces formes de pratiques et durée d'usage
- les avantages et inconvénients qui sont liés à ces pratiques
- récurrence dans le choix des pratiques parallèles
- les moments/motifs du recours (avant le premier geste, entre deux naissances, après une épreuve de grossesses difficiles/naissances rapprochées ou autres)

-récits de vie sur le recours aux pratiques modernes/parallèles d'espacement des naissances (récits biographiques ou récits d'une expérience vécue par un proche, une voisine/amie ou une parente)

- quelques cas d'échecs et de réussite de ces pratiques

VI. Processus décisionnel autour de la planification des naissances

-genre et égalité dans la prise de décision

-les auteurs de la décision de planifier les naissances : (la femme, l'homme, décision consensuelle sur la base d'échange entre les deux conjoints/corps social)

-les acteurs responsables de prise de décision de la nature des méthodes de limitation et d'espacement des naissances).

-interférence des ONGs dans le processus décisionnel de planification des naissances

VI.3. symbolisme autour des naissances

-l'idéal humain autour des naissances

-valeur sociétale d'être père et mère pour la première fois

-l'idéal humain autour du sexe de l'enfant

-conflits relationnel/divorces autour de la planification des naissances

V. Organisation sociale, mutation sociale

-Les principales activités anciennement menées à Zè/principales activités actuelles

-Les moteurs/raisons du changement

-Influence des nouvelles catégories socioprofessionnelle sur la structure des ménages

-Les conséquences du changement

-Organisation des séances de sensibilisations sur la planification des naissances

-Les acteurs/organisateur

-Les perceptions des séances

-les effets des séances sur les ménages

Guide d'entretien à l'endroit des promoteurs de la PF : des réseaux de promotion de la PF (FNUAP, ABMS-PSI, ABPF, PF/DSME)

I-perceptions des promoteurs de la PF

- les services disponibles (les méthodes modernes disponibles)
- discours populaires/sémiologies, anecdotes relatifs à l'utilisation des méthodes contraceptives (modernes ou parallèles)
- les enseignements que ces discours retracent
- récits de vie des promoteurs en rapport avec l'utilisation des méthodes contraceptives
- les moments/périodes d'utilisation/les contraintes liées à l'utilisation
- opinion sur les coûts des méthodes contraceptives modernes ou parallèles, rapport avec la fréquence de l'utilisation si gratuité il y a
- logiques/attentes autour de la promotion des méthodes contraceptives (les objectifs à atteindre, les buts visés)
- les avantages et inconvénients liés aux méthodes contraceptives modernes
- la fréquence du recours/sollicitation des méthodes modernes
- les canaux de communication autour de la pf

II-sources d'approvisionnement/financement

- les structures/acteurs qui assurent l'approvisionnement
- la régularité de l'approvisionnement/rupture du stock
- durée des ruptures
- les structures/acteurs qui financent les méthodes contraceptives : acteurs nationaux/internationaux, budget annuel disponible

III-profil sociologique/catégorie sociale des utilisateurs

-typologie/profil des femmes utilisatrices et raisons associées

- femmes nullipars/femmes multipares
- femmes en couple/non mariées

-le profil des accompagnateurs (des hommes, des femmes, le lien de parenté entre les accompagnateurs et les accompagnées)

-autres raisons explicatives du choix de l'accompagnateur/accompagnatrice

IV-attitudes/comportements des agents vis-à-vis des patientes

-accueil des patientes et implication sur l'adoption et la fréquence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes : récits des consultations PF (dispositif/cadre d'accueil, temps d'attente des patientes, possibilité d'écoute, disponibilité des agents, confidentialité, possibilité pour la patiente de faire le choix, style de communication, coûts des prestations, temps mis pour la séance etc.

-stratégies de fidélisation des clientes

-discours/commentaires des agents lors des prescriptions des méthodes aux patientes

-discours/commentaires des agents sur les naissances rapprochées/la pf

-les méthodes les plus fréquemment adoptées (par ordre d'importance)

-catégorisation des adoptantes

-les motifs du choix des méthodes adoptées

-libre choix de l'adoptante : (proposition de la sage-femme/le choix de la patiente)

-les motifs de la non utilisation des autres méthodes (absence/manque de formation des agents pour son application, coût de ces dernières)

V-les moments d'adoption/durée des séances

-périodes de CPN/période de Consultation post natales/séances d'IEC/libre choix des patients de la période ou du moment

Guide d'entretien à l'endroit des gardiens de la tradition, dignitaires religieux, tradi-thérapeutes/guérisseurs traditionnels

I-normes et croyances en lien avec la procréation

-influence de la religion sur l'espace/limitation des naissances

-discours populaires/sémiologies, anecdotes relatifs :

- à la natalité/procréation
- à l'espace des naissances
- aux naissances rapprochées

-les enseignements que ces discours retracent

II-attitudes vis-à-vis des pratiques parallèles de planification des naissances

-position en rapport avec la limitation/espace des naissances

-position en rapport avec le recours aux pratiques parallèles d'espace/limitation des naissances

-recours aux pratiques parallèles de limitation/espace des naissances et les raisons associées

III-connaissance des pratiques parallèles de planification des naissances et usages sociaux associés

-typologie des pratiques parallèles de planification des naissances

-les usages associés à chacune de ces pratiques

-les avantages et inconvénients qui sont liés à ces pratiques

IV-L'audience sociale des pratiques parallèles de planification des naissances (cette rubrique est réservée aux sages/gardiens de la tradition)

-historiographie des pratiques parallèles de planification des naissances

-fréquence de recours à ces pratiques

-appréciation/crédibilité ou non accordée à ces pratiques

VI-cette rubrique est réservée aux tradi-thérapeutes, guérisseurs traditionnels et aux dignitaires religieux

-raisons du recours aux pratiques de planification des naissances

-typologie des pratiques magico-religieuses de planification des naissances

-avantages et inconvénients de ces pratiques

-
- description de la posologie/modes d'emploi de chacun de ces pratiques
 - interdits liés aux pratiques parallèles de planification des naissances
 - effets de chacune de ces pratiques sur la fécondité
 - nosologie des plantes utilisées pour l'espacement, la limitation des naissances et le traitement de la stérilité
 - provenance des plantes
 - les divinités impliquées dans le processus
 - les rituels
 - conditions d'accès aux services de PF et traitement de la stérilité

Guide d'entretien adressé aux autorités de la commune de Zè

I-normes et croyances en lien avec la procréation

- influence de la religion sur la planification des naissances
- attitudes de rejet/d'acceptation liées à l'espacement et à la limitation des naissances (les croyances/mentalités structurant les comportements d'adoption/de rejet)
- discours populaires/sémiologies, anecdotes relatifs :
 - à la natalité/procréation
 - à l'espacement des naissances
 - aux naissances rapprochées
 - aux femmes utilisatrices des méthodes contraceptives modernes ou parallèles
- les enseignements que ces discours retracent

II-Politiques publiques d'offre en matière de planification des naissances

- existence de dispositifs publics/privés d'offre de gestion de la fécondité/pf moderne
- partenaires publics œuvrant pour la promotion des méthodes modernes de pf
- comportements des populations vis-à-vis de l'existence de ces services
- positions des autorités vis-à-vis des méthodes modernes ou parallèles de pf

Annexe 2 : Pratiques abortives recensées à Zè

Les acteurs font un amalgame entre pratiques contraceptives et pratiques abortives, quelque fois. Ce sous titre est peu documenté dans le travail. Le travail n'a pas procédé à une catégorisation de ces pratiques selon leur nature. Certaines interlocutrices évoquent les pratiques citées ci-dessous, à la fois comme pratiques abortives et contraceptives. Elles avouent avoir sollicité quelques rares fois, à l'insu de leurs conjoints, ces pratiques pour faire disparaître une grossesse imprévue, alors que leur enfant est encore en bas âge. Au nombre de ces pratiques, on a :

-l'usage des racines d'iroko : certains interlocuteurs, toute pratique pouvant contribuer à évacuer une grossesse non désirée ou précoce peut être considérée comme une pratique contraceptive. C'est dans cette optique que certaines femmes ont cité l'usage des racines d'iroko comme pratique contraceptive. Selon ces dernières, pour produire son effet abortif, les racines de l'iroko sont nettoyées et disposées dans une bouteille contenant de l'alcool local appelé *sodabi*. Le mélange est conservé pendant un (01) à trois (03) jours avant sa consommation. Mais il peut être consommé dans les vingt quatre heures après sa préparation. Pour faire partir le fœtus, ce composé doit être consommé à des doses excessives. Certains interlocuteurs condamnent l'usage de ce procédé en évoquant son caractère « mortifère ».

-l'usage de la poudre du piment rouge dilué à des doses excessives dans de l'eau. Cela a pour effet de suspendre au sens propre du terme l'évolution d'une grossesse, imprévue. Certaines interlocutrices l'ont évoqué comme une pratique abortive ou contraceptive.

-l'usage d'une infusion de la racine *kodo* à des doses excessives. Il ressort des échanges avec les interlocutrices que la consommation à une dose excessive de cette infusion provoque systématiquement l'interruption d'une grossesse en début de son évolution. Selon certaines interlocutrices, cette pratique est utilisée lorsqu'une femme

contracte une grossesse imprévue, alors que son enfant est encore dans son jeune âge. Elle est évoquée par certaines interlocutrices, à la fois comme pratique abortive et pratique sollicitée ponctuellement pour faire disparaître une grossesse en vue d'espacer les naissances.

-l'usage du caïlcédrat : l'usage de l'infusion du caïlcédrat a été évoqué comme composé abortif. Sa consommation à des doses excessives provoque l'interruption d'une grossesse en début d'évolution.

Annexe 3 : Thérapie issue des espaces populaires « spécialisés » de lutte contre la stérilité : des pathologies liées à la stérilité au traitement traditionnel

Au cours de nos recherches, au moment où certaines femmes, sont à la quête permanente de petites stratégies et de recettes de tout genre pour espacer ou limiter leurs naissances, d'autres par contre sont à la recherche effrénée et désespérée d'une progéniture ; donner naissance à tout prix ! A cet effet, il faut dire que la commune de Zè offre une configuration très complexe avec une panoplie de recettes de tout genre (on y retrouve les recettes et procédés qui participent à la planification des naissances, mais on y retrouve aussi des procédés, des recettes, et des « cocktails » qui selon les enquêtés participent au traitement des pathologies liées à la stérilité dans le couple). Les échanges autour de la gestion de la stérilité, on observe l'existence d'une thérapie populaire avec son paquet populaire d'intervention. Certaines pathologies liées à la stérilité sont souvent évoquées par l'une ou l'autre de nos catégories d'enquêtés (les femmes elles-mêmes ou leurs conjoints, les guérisseurs traditionnels etc.). Il faut souligner que la recherche ne s'est pas intéressée aux causes de la stérilité ni à la thérapie médicale. Nous allons simplement présenter dans cette partie, quelques recettes issues des espaces non médicaux et/ou des espaces populaires (celles provenant des guérisseurs traditionnels et des populations). Nous n'avons pas la prétention de dresser une liste complète et exhaustive de ces recettes, car il faut

souligner qu'à cause du caractère ésotérique de certaines recettes issues des espaces non médicaux « spécialisés » (comme celles provenant des guérisseurs traditionnels), toutes les recettes ne nous ont pas été citées. De même, certains guérisseurs traditionnels se sont abstenus de nous fournir la composition complète de certaines recettes citées ici. De plus, la plupart des recettes évoquées par ceux-ci sont centrées sur le traitement des pathologies liées à la stérilité féminine. Lors des recherches, les interlocuteurs évoquent très peu la stérilité masculine. Nous avons donc recensé essentiellement quelques pathologies liées à la stérilité féminine et les recettes en lien avec le traitement de ces pathologies. On a entre autres :

-Doudjo (en *aïzo* et en *fon*, et qui signifie retour du sperme sans fécondation préalable après une relation sexuelle). La majorité de nos enquêtés ont cité cette pathologie comme une pathologie « grave » empêchant toute possibilité de conception chez la femme. Le traitement des cas de stérilité par les spécialistes de la médecine alternative met le focus sur ce mal. Une thérapie est prescrite à cet effet et mise en application par les femmes désignées comme sujets souffrants de ce type de mal. Le composé à utiliser est fait d'une infusion de l'écorce d'une plante appelée *agnanblikpo* ou *agnankpo* séchée. Pour la cuisson, il faut disposer des écorces de la plante *agnanblikpo* séchée, les disposer dans un canaris contenant une quantité importante d'eau, y ajouter trois potasses et vingt boules de petits oignons blancs.

Mode d'emploi : A consommer trois fois par jour à partir du premier jour de la fin des règles, pendant cinq jours. Mettre fin au traitement après le cinquième jour et entretenir des relations sexuelles régulières avec le conjoint pendant deux semaines.

-Homèvodoun (en *aïzo* et en *fon*, signifie littéralement la « divinité du ventre ») : selon certains « spécialistes » guérisseurs traditionnels, cette pathologie est liée à la consommation d'interdits alimentaires liés à une divinité spécifique par le sujet concerné. Le traitement de cette pathologie passe par un certain nombre de rituels pour solliciter la clémence de la divinité. Ce rituel est accompagné d'un traitement

phytothérapeutique avec la consommation d'une infusion d'une botte de feuilles de la plante appelée *vikplomba* ou une botte d'une autre feuille appelée *amouman* (en *aïzo* et *fon*).

Mode d'emploi : la consommation de cette infusion à raison d'un verre de bambon le matin et le soir est prescrite à la femme concernée. De plus, elle doit tenir des relations sexuelles avec son conjoint à partir du sixième jour de la fin des règles environs deux semaines.

-Homèhouzo (en *aïzo* ou en *fon*, signifie littéralement le ventre « chaud »). Nos enquêtés ont évoqué cette pathologie comme étant aussi une menace à la fécondité de la femme. Selon les propos d'un guérisseur traditionnel : « il n ya aucune possibilité pour un embryon de grandir dans un ventre « chaud », donc, il faut faire un traitement » (Guérisseur, Yokpo). Dans l'imaginaire et les représentations populaires, les femmes qui font souvent de fausses couches sont des femmes dont le ventre possède une tempéature anormale qui est au delà de la norme et donc, ce sont les femmes dont le ventre est « chaud ». Les spécialistes de la médecine alternative tels que les guérisseurs traditionnels rencontrés à cet effet, proposent donc aux femmes concernées un traitement qu'ils « pensent adoucir » le ventre de ces dernières. Cette thérapie est élaborée sur la base d'une botte de feuilles de la plante appelée *glassiman* (en *aïzo* et en *fon*, qui signifie littéralement la feuille de la « fraîcheur ou la feuille fraîche »). D'après nos enquêtés, c'est la propriété « gluante » de cette feuille qui donne l'impression d'un produit mis au frais avant consommation qui est sollicitée ici. Selon les propos d'une interlocutrice : « quand on sent une chaleur dans le ventre et qu'on triture quelques feuilles dans de l'eau fraîche et qu'on la consomme, le ventre se refroidit... » (Patiente d'un guérisseur, yokpo). Puisque le plus important ici est de tout faire pour devenir mère, cette thérapie est proposée aux femmes victimes de « ventre chaud », dans l'intention de corriger cette pathologie.

Mode d'emploi : la consommation matin et soir d'une macération des feuilles fraîches de *glassiman* dans de l'eau est prescrite. La femme peut aussi s'en servir pour ses toilettes intimes.

Photo 6 : Plante de : *Portulaca oleracea* (gassiman en aïzo)



Cliché : SONON, juin 2018

La macération de cette plante, après nettoyage dans de l'eau fraîche est prescrite par les acteurs de la phytothérapie. Selon les spécialistes de ce domaine, le caractère « gluant » de cette plante possède des propriétés capables de ramener la température du ventre d'une femme qui se trouve au-dessus de la norme à celle du corps humain généralement connue. D'après ces derniers ceci corrige cet obstacle responsable d'un éventuel cas de stérilité.

-Glègbé manmon (en *aïzo* et en *fon*, et qui signifie littéralement « absence des règles » ou aménorrhée). Dans les représentations populaires et du point de vue médical, l'absence des menstrues est synonyme de la survenue d'une éventuelle grossesse. De ce fait, dans les consciences individuelles et collectives, l'absence des menstrues et de grossesse pendant un certain temps chez une femme non ménoposée est signe annocateur d'un probable risque d'infertilité ou de stérilité chez la femme. Dans ces cas, tout un dispositif est mis en place pour faire « venir » le sang, allant des recettes des plus simples au plus complexes dont une seule sera exposée ici.

Mode d'emploi : pour faire « venir » le sang et donc provoquer la présence des menstrues, la femme concernée consomme une infusion d'une botte de feuilles de la

plante appelée *desrégùèman* ou *desrégùè*, ou *kpatin* (en *aïzo* et en *fon*) et de son nom scientifique appelé *newbouldia laevis*, communément appelé hysope africaine. Cette botte de feuilles est associée à un ingrédient appelé *djou* (en *aïzo*).

Mode d'emploi : prendre un verre de bambou de cette infusion matin et soir après cuisson. De Souza (2005), dans ses travaux sur la phytothérapie béninoise a aussi cité cette plante comme recette pour le traitement des règles douloureuses, de la dysménorrhée, de la stérilité féminine. L'auteur propose comme mode d'emploi de triturer une poignée des feuilles fraîches de cette plante dans l'eau, puis filtrer. Boire en prise unique, un demi verre à bierre par jour.

Photo 7 : Plante de : *Newbouldia laevis* (desrégùè ou desrégùèman en aïzo)



Cliché : SONON, juin 2018

Cette plante entre dans la composition servant au traitement de l'aménorrhée ou la ménopause précoce. Simone de Souza (2005), a évoqué aussi cette plante comme recette entrant dans le traitement des pathologies en lien avec la stérilité.

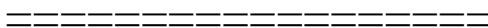
-Glégbè houihoui : (en *aïzo* et en *fon*, et qui signifie littéralement règles ou menstrues noires et gluantes). Cette pathologie est citée comme l'une des affections qui porte entorse à la fertilité de la femme. L'attention est tirée ici sur la « mauvaise » qualité ou la nature des règles ou menstrues. Dans les représentations populaires, l'absence d'enfant chez une femme trouve aussi ses repondants dans la qualité de ces menstrues. Lorsque le sang des menstrues change sa couleur rouge initialement connue, tout le dispositif est mis en branle pour corriger ce « dysfonctionnement ». Après le

diagnostic, un traitement est prescrit dans ce sens aux femmes concernées et qui sont menacées par l'absence d'enfant. C'est un « cocktail » de plusieurs ingrédients qui est proposé à la femme concernée.

Mode d'emploi : ce mélange est composé des écorces de la plante appelée *housorkou* (en aïzo), des comprimés appelés *atinkin gbata* (en aïzo et en fon), des graines de la plante *sissakou* (en aïzo) et d'un lot des petits oignons blancs. Prendre un verre de bambou d'une infusion de ce composé après cuisson matin et soir.

Annexe 4 : Loi N° 2003-04 du 03 mars 2003 Relative à la santé sexuelle et à la Reproduction

REPUBLIQUE DU BENIN



Ministère de la Famille de la Protection Sociale et de la Solidarité

=====

*Loi N° 2003-04 du 03 mars
2003 Relative à la santé
sexuelle et à la Reproduction*

République du Bénin

Royaume des Pays-Bas

PRÉFACE

Le chemin a été long, très long. L'accouchement a été difficile mais, la délivrance heureuse. Le résultat est désormais là et s'impose à tous, sans distinction aucune.

Par le vote et la promulgation de la : Loi n °2003-04 du 03 mars 2003 relative à la Santé Sexuelle et à la reproduction.

Les pouvoirs exécutif et législatif béninois confirme leur engagement pour le développement et l'enracinement de la démocratie qui rime chaque jour un peu plus avec respect des droits de la personne humaine, justice sociale, égalité et équité. Il appartient désormais aux citoyens, aux forces organisées de la société civile, aux

techniciens de l'action sociale, aux agents de santé, aux forces de sécurité publique, aux autorités administratives et morales, bref à tous ceux qui aspirent réellement à un véritable Etat de droit, d'informer largement et de sensibiliser les populations sur l'existence de ces deux lois et leurs implications sur les plans économique, social, culturel et juridique. L'édition et la vulgarisation de ces lois, participent d'une part de la volonté du gouvernement d'informer largement les populations sur les conséquences de l'excision, d'autre part de la mise en œuvre d'une des recommandations des élus du peuple à l'occasion des débats sur les deux textes à l'hémicycle. Que cette plaquette puisse être un réel outil de travail aux magistrats, aux personnels judiciaires et aux auxiliaires de justice afin que force reste à la loi !

Au Président de la République, le Général Mathieu KEREKOU, à tous les membres du gouvernement, aux honorables députés, aux personnes physiques et morales et à tous les partenaires au développement qui nous ont soutenu dans la croisade contre les mutilations génitales féminines de 2002 qui ont favorisé la prise de la loi N° 2003-03 du 03-03-03, nous exprimons ici, notre profonde gratitude.

Claire HOUGAN AYEMONNA

Ministre de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité

Loi N° 2003-04 du 03 mars 2003 Relative à la santé sexuelle et à la Reproduction

=====

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté, Suite à la décision de conformité à la Constitution : DCC 03-030 du 28 février 2003 de la Cour Constitutionnelle,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

CHAPITRE 1

**Définition, principes et droits
en matière de santé de la reproduction**

ARTICLE 1er : *Définition de la santé et des services de santé en matière de reproduction.*

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 non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités ;

-la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non seulement à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

Toute personne peut donc mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, être capable de procréer et libre de le faire au rythme de son choix. Tout ceci implique qu'hommes et femmes ont le droit :

-d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, qui ne soit pas contraire à la loi ;

- d'utiliser des méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables ;

- d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement, et donnant aux couples toutes les chances d'avoir des enfants en bonne santé.

Par services de santé en matière de reproduction, il faut entendre l'ensemble des méthodes techniques et informations qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine.

ARTICLE 2 : *Caractère universel du droit à la santé de la reproduction*

Tous les individus sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction.

Le droit à la santé de la reproduction est un droit universel fondamental garanti à tout être humain, tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu.

Aucun individu ne peut être privé de ce droit dont il bénéficie sans aucune discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale.

ARTICLE 3 : *Autodétermination en matière de procréation.*

Toute personne a le droit d'accéder à la meilleure santé en matière de reproduction sans être en but à la discrimination, à la coercition ou à la violence.

Tout individu, tout couple a le droit de décider librement et avec discernement, de la taille de sa famille et de procréer au rythme de son choix dans le respect des lois en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs. Pour ce faire,

Tout individu a le droit de choisir la méthode de planification familiale qui lui convient et de disposer des informations nécessaires.

Par la même occasion, l'Etat crée les conditions et les services pour aider les couples qui ont des difficultés à la conception ou des couples stériles à avoir d'enfants.

ARTICLE 4 : *Autodétermination en matière de mariage.*

Le mariage et la famille constituent la base naturelle et morale de la société. Toute personne, ayant atteint l'âge légal requis, a le droit de choisir librement, de manière responsable, de se marier. Le mariage doit être conclu avec le libre et plein consentement des futurs conjoints.

ARTICLE 5 : *Droit à l'information et à l'éducation.*

Tout individu a le droit à l'information complète sur les avantages, les inconvénients et l'efficacité des services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur les méthodes de planification familiale afin de faire un choix éclairé en toute connaissance de cause.

ARTICLE 6 : *Droit d'accès aux soins et services de santé.*

Tout individu, tout couple a le droit de bénéficier des soins de santé de la meilleure qualité possible et de services sûrs, efficaces, accessibles acceptables et à des coûts abordables.

Tout individu a le droit de ne pas être soumis à des traitements qui n'ont pas été suffisamment éprouvés.

ARTICLE 7 : *Droit à la non-discrimination.*

Les patients sont en droit de recevoir tous les soins de santé de la reproduction sans discrimination fondée sur le sexe, le statut marital, le statut sanitaire ou tout autre statut, l'appartenance à un groupe ethnique, la religion, l'âge ou l'habilité à payer.

L'autorisation du partenaire ou des parents avant de recevoir des soins en matière de santé de la reproduction peut ne pas être requise, pourvu que ce procédé ne soit pas contraire à la loi.

ARTICLE 8 : Confidentialité.

Aucune information concernant la santé du patient/usager ne peut être divulguée en l'absence de son autorisation expresse. Par contre, le patient a le droit de connaître les informations dont le prestataire de soins dispose sur sa personne. Les prestataires de soins ne peuvent retenir des informations contre le gré des patients.

ARTICLE 9 : Droit à la sécurité de la personne.

Toute personne a le droit de ne pas être soumise à la torture, ou à des peines ou aux traitements cruels, inhumains ou dégradants sur son corps en général et sur ses organes de reproductions en particulier. Toutes les formes de violences et de sévices sexuels sur la personne humaine sont interdites.

ARTICLE 10 : Devoirs et responsabilités.

L'Etat, les collectivités locales, les groupements communautaires et autres personnes morales, par le biais de leurs représentants, doivent veiller à la sauvegarde, à la promotion et à la protection du droit de tout être humain à la santé de la reproduction. Ils doivent s'engager à améliorer la communication entre les hommes et les femmes sur la compréhension de leurs responsabilités communes afin qu'ils soient des partenaires égaux dans leur vie publique et privée.

Tout couple, tout individu a l'obligation de contribuer à la sauvegarde et à l'harmonie familiale, à la protection et à la promotion de l'état de bien-être des enfants, de son partenaire, des personnes âgées et de toute autre personne de son entourage.

CHAPITRE 2

Structures de santé de la reproduction.

ARTICLE 11 : Définition des structures de santé de la reproduction.

Par structures de santé de la reproduction, on entend l'ensemble des organismes publics et privés qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de reproduction.

ARTICLE 12 : Création des structures.

Des structures intégrées offrant à la fois des soins de santé primaires et des soins de santé de la reproduction doivent être mises en place. Les structures de soins de santé de la reproduction adaptées aux besoins spécifiques des adolescents doivent être créées séparément.

Les conditions de création, d'agrément, de fonctionnement et de contrôle des structures de santé de la reproduction sont fixées par décret pris en conseil des ministres. Les structures susvisées doivent poursuivre un but non lucratif sous réserve des dispositions spécifiques concernant les structures privées de prestation de services.

ARTICLE 13 : Coordination de l'action des structures.

L'Etat et les collectivités locales doivent veiller à la planification, au contrôle, à l'évaluation et au suivi de l'action des différentes structures publiques et privées intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction.

Ces structures doivent présenter des rapports périodiques d'activités mentionnant les statistiques utiles à l'élaboration des stratégies et des plans.

CHAPITRE 3

Le personnel de santé de la reproduction.

ARTICLE 14 : *Définition du personnel de santé de la reproduction.*

Est considérée comme personnel de santé de la reproduction, toute personne physique ou morale de statut public ou privé dont l'activité professionnelle porte sur les services de soins de santé de la reproduction.

ARTICLE 15 : *Prestataire de soins de santé de la reproduction.*

Est considérée comme prestataire de soins de santé de la reproduction, toute personne physique ou morale de statut public ou privé dont l'activité professionnelle porte sur les services et les soins de la santé de la reproduction.

CHAPITRE 4

Contraception, interruption volontaire de grossesse, droits des personnes atteintes des MST/SIDA et dispositions pénales.

ARTICLE 16 : *Contraception.*

La contraception comprend toute méthode approuvée, 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'enfants 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 autorisés selon les conditions fixées par un décret pris en conseil des ministres.

ARTICLE 17 : *Interruption volontaire de grossesse.*

L'interruption volontaire de grossesse ne saurait en aucun cas être considérée comme une méthode contraceptive.

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;

-A 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.

Un décret pris en conseil des ministres fixe la procédure et le contrôle des conditions légales de l'interruption volontaire de grossesse.

ARTICLE 18 : *Personne vivant avec les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.*

Toute personne atteinte d'une infection sexuellement transmissible (IST), et du VIH/SIDA en particulier, doit jouir sans discrimination des droits civils, politiques et sociaux (logement, éducation, emploi, santé, protection sociale etc.). Elle a le droit de bénéficier d'une assistance particulière, de soins de base et de traitements et d'une garantie de confidentialité dans ses rapports avec le professionnel socio-sanitaire.

Les personnes malades du SIDA ou porteuses du VIH, qui le déclarent, bénéficient d'une assistance particulière en matière d'appui psycho social, de conseils et d'autres services; elles reçoivent des soins médicaux adaptés.

Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions et modalités du bénéfice de ce traitement spécial.

ARTICLE 19 : *Dispositions pénales.*

Les actes ci-dessous cités, qui sont considérés comme attentatoires aux droits de la santé sexuelle et reproductive sont incriminés et réprimés conformément aux lois pénales de l'Etat :

-Toutes les formes de violences sexuelles dont les femmes et les enfants sont en général victimes ;

Les mutilations génitales féminines et la pédophilie ;

- L'exploitation sous toutes ses formes de la prostitution forcée des femmes et des enfants ;

- Le mariage forcé.

ARTICLE 20 : *Dispositions finales.*

La présente loi qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, notamment la loi du 31 juillet 1920 relative à la propagande, à la pratique anti-conceptuelle et à l'avortement sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Cotonou, le 03 mars 2003
Par le Président de la République,
Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement



Mathieu KEREKOU

Le Ministre d'Etat chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, de la Prospective et du Développement




Bruno AMOUSSOU

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme



Joseph H. GNONLONFOUN

Le Ministre de la Santé Publique



Yvette Céline KANDISSOUNON-SEIGNON

AMPLIATIONS : PR 6 AN 4 CS 2 CC 2 CES 2 HAAC 2
MCCAG-PD 4 MSP 4 MJLDH 4 AUTRES MINISTERES
17 SGG 4 DGBM-DCF-DGTCP-DGID 5 BAN-AN-DLC 3
GCONB-DCCT-INSAEE 3BCP-CSM-IGAA 3 UAC-ENAM-
FADESEP 3 UNIPAR FDSP 2 JO 1.

TABLES DES MATIERES

SOMMAIRE.....	2
IN MEMORIAM.....	3
DEDICACE.....	4

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES SIGLES	8
LISTE DES TABLEAUX	12
LISTE DES GRAPHIQUES	14
LISTE DES SCHEMAS.....	15
LISTE DES PHOTOS	15
LISTE DES ENCADRES.....	15
LISTE DES CARTES	15
RÉSUMÉ.....	16
ABSTRACT	17
INTRODUCTION.....	18
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES	23
Chapitre 1 : Cadre théorique et problématique de la recherche	24
1.1. Problématique	24
1.1.1.Interventions et politiques en matière de la planification familiale	24
1.1.1.1. Bref aperçu historique sur l'avènement de la planification familiale et de la santé de la reproduction.....	24
1.1.1.2. Aperçu des rencontres internationales et déclarations ayant conduit à la santé de la reproduction	28
1.1.1.3. Politiques et interventions de planification familiale au plan national	31
1.1.2.L'option de la planification des naissances comme réponses étatiques à la réduction de la mortalité maternelle et infantile	35
1.1.3. Réticence face à l'offre contraceptive médicalisée : éléments de base pour la construction du problème sociologique.....	37
1.1.4. Hypothèses et objectifs de recherche	39
1.1.4.1. Hypothèses de recherche.....	39
1.1.4.2. Objectifs de recherche.....	40
1.1.5. Thèse défendue.....	40
1.1.6. Clarification conceptuelle	40
1.1.7. Etat de la question : quelques axes actuels de la discussion	45
1.1.7.1.Histoire de la gestion de la fécondité : Pratiques non biomédicalisées au cœur de l'expérience génésique ?	45
1.1.7.2. Des usages relevant du registre de la confidentialité	47

1.1.7.3. Pratiques locales et savoir-faire de planification des naissances : reflet des construits sociaux ?	49
1.2. De la socio-anthropologie du développement à la socio-anthropologie de la gestion de la fécondité	51
1.2.1. Le socio-anthropologue est-il un « outsider » dans l'analyse de la gestion de la fécondité ?	51
1.2.2. Délimitation des champs disciplinaires de la recherche	52
1.3. Les savoirs locaux ou endogènes ont-ils un statut scientifique ?	54
1.4. Modèles théoriques d'analyse : le constructivisme relatif comme théorie dominante.....	55
Conclusion partielle.....	57
Chapitre 2 : Approche méthodologique de la recherche	58
2.1. Quelques axes méthodologiques ayant conduit au choix du cadre d'étude.....	58
2.1.1. Etude qualitative.....	58
2.1.2. Critères du choix du cadre d'étude.....	58
2.1.2.1. Indice de fécondité comme critère de choix	58
2.1.2.2. Critères de choix de la commune de Zè	61
2.1.3. Faible usage des méthodes contraceptives biomédicalisées dans la commune de Zè comme indicateur du choix du site.....	67
2.2. Méthodes de travail et techniques de collecte de données.....	71
2.2.1. Difficile neutralité scientifique : le jeu de « dédoublement » du chercheur comme porte de « sortie »	72
2.2.2. L'entretien	72
2.2.3. L'étude documentaire.....	73
2.2.4. De l'observation immédiate à l'observation analytique : les limites de l'observation autour des faits liés à la sexualité.....	74
2.3. Populations cibles, techniques d'échantillonnage et localités parcourues.....	76
2.3.1. Techniques d'échantillonnage et critères du choix des catégories d'acteurs rencontrés	77
2.3.1.1. Techniques d'échantillonnage et catégories d'acteurs rencontrés	77
2.3.1.2. Critères du choix des tranches d'âge des interlocuteurs	79
2.3.1.3. Centres d'intérêts/variables documentés	81
2.3.2. Localités parcourues.....	82
2.4. Etapes de la recherche et traitement des données	87
2.4.1. Etapes et déroulement de la recherche sur le terrain.....	87

2.4. 2. Dépouillement, traitement et analyse des données	88
2.5. Sémiologies populaires liées à la sexualité : quelques éléments de sémiologies	89
2.6. Limites de la recherche	91
Conclusion partielle.....	92
DEUXIEME PARTIE : LOGIQUES SOCIALES AUTOUR DE LA PLANIFICATION DES NAISSANCES	93
Chapitre 3 : planification des naissances en milieu aïzo : Zè une société en transition	94
3.1. Les mesures contraceptives induites par l'organisation sociale et la réprobation sociale référente à la forte procréation.....	94
3.1.1. Bref aperçu de l'organisation sociale.....	94
3.1.2. Les prescriptions sociales post-partum	95
3.1.3. Mesures « contraceptives » induites par des normes sociales.....	96
3.2. Repères sociaux favorables à une procréation en demi-teinte.....	97
3.2.1. La possession de progénitures en situation d'alliance matrimoniale : faire au moins un enfant, une exigence sociale !.....	97
3.2.2. Symbolisme autour du sexe de l'enfant : le sexe féminin, l'enfant du sexe banni ?	100
3.2.3. Sémiologies populaires autour des femmes à naissances rapprochées : « les femmes canards » !.....	101
3.2.4. De la descendance nombreuse à la planification des naissances	103
3.3. Les nouveaux enjeux sociaux de la régulation des naissances : les variables explicatives	105
3.3.1. Nouvelles contraintes socio-économiques en rapport avec la réduction de la taille des ménages	105
3.3.2. Influence des nouvelles figures de réussite sociale (élite) sur la régulation des naissances.....	110
3.3.3. Mobilité vers le Nigeria comme facteur favorable à la régulation des naissances	112
3.3.4. Effets des actions et sensibilisations sur la planification des naissances ..	113
3.4. Evolution du profil socio-démographique des ménages : Zè une société en transition démographique ?.....	115
3.4.1. Caractéristiques du choix des ménages.....	115
3.4.2. Evolution de la structure des ménages : indicateurs de mesure	115

3.4.3. Evolution de la taille des ménages	116
3.4.4. Intervalle intergénérisique	118
3.4.5. Age au premier geste.....	120
Conclusion partielle.....	122
Chapitre 4 : Perceptions empiriques liés à la gestion de la fécondité et à la planification des naissances.....	124
4.1. Les principes et règles autour de la sexualité et de la gestion de la fécondité	124
4.2. La femme entre l'obligation de la tenue du lit conjugal et la perte du contrôle de l'activité sexuelle : écart entre normes sociales et pratiques réelles.....	128
4.3. Perceptions et sémiologies populaires autour de la planification des naissances	130
4.3.1. Planification des naissances : source de rationalisation de l'économie du ménage	131
4.3.2. Planification des naissances : préservation de la santé de la mère et de l'enfant	132
4.4. Gestion de la fécondité à Zè : entre normes socioreligieuses et prescription médicale	133
4.4.1. Normes socioreligieuses et planification des naissances	134
4.4.1.1. La religion judéo-chrétienne : une prescription sur fond de tension dialectique entre planification naturelle et biomédicalisée	134
4.4.1.2. Planification des naissances à Zè : une recommandation des religions endogènes	137
4.4.2. Méthodes contraceptives biomédicalisées à l'épreuve des convenances sociales et religieuses	138
4.4.2.1. Religion judéo-chrétienne et la contraception à Zè : les méthodes contraceptives biomédicalisées au banc des « accusés » !.....	138
4.4.2.2. Religions endogènes face à la contraception : le procès contre les méthodes contraceptives biomédicalisées !	141
4.4.3. Choix reproductif à Zè	143
4.4.3.1. Pratiques locales et savoir-faire contraceptifs au cœur du choix reproductif à Zè	143
4.4.3.2. Pratiques locales et/ou savoir-faire contraceptifs : proximité entre les divers acteurs.....	144

4.4.4. Audience sociale et crédibilité au service des pratiques locales et savoir-faire contraceptifs versus méthodes biomédicalisées ?.....	149
4.4.5. Offre contraceptive biomédicalisée à Zè : quand la diversité des logiques affecte les interventions de la santé publique.....	152
Conclusion partielle.....	153
TROISIEME PARTIE : PRATIQUES SOCIALES DE LA PLANIFICATION DES NAISSANCES	155
Chapitre 5 : Des difficultés de mise en œuvre d'une intervention de santé publique	156
5.1. L'offre biomédicalisée de planification des naissances : une offre qui peine à prendre !.....	156
5.1.1. Actions des promoteurs publics et privés en faveur de la contraception médicalisée.....	157
5.1.2. Les effets dissuasifs induits par l'utilisation des méthodes contraceptives biomédicalisées	166
5.1.2.1. Les éléments des effets dissuasifs en rapport avec l'usage des produits biomédicalisés recensés au plan régional.....	166
5.1.2.2. Désenchantement autour des contraceptifs biomédicalisés à Zè	169
5.2. Innovation : un concept aux contours ambigus ?.....	174
5.2.1. Conceptions d'une innovation.....	174
5.2.2. Analyse des facteurs liés aux difficultés d'appropriation des contraceptifs à Zè suivant l'approche d'Olivier de Sardan	175
5.2.3. Innovation à l'épreuve du préexistant	178
5.2.3.1. Débat sur l'endogenèse et l'exogenèse de l'innovation est-il un faux débat ?	179
5.2.3.2. Innovation vient-elle sur un terrain neutre ?	179
5.3. Pratiques des promoteurs autour des interventions de santé publique comme handicap.....	180
5.3.1. Attitudes des promoteurs autour de l'offre contraceptive.....	180
5.3.2. Planification des naissances à l'aide des contraceptifs biomédicalisés : pour une sexualité et une maternité sans risque ?.....	185
5.3.3. La santé publique : un champ médical producteur de normes à suivre !..	187
Conclusion partielle.....	191
Chapitre 6 : Pratiques sociales de planification des naissances : une analyse situationnelle à Zè.....	192

6.1. Typologie des pratiques locales et savoir-faire de planification des naissances	192
6.1.1. Pratiques populaires	192
6.1.1.1. Pratiques « localisées »	193
6.1.1.2. Autres pratiques « localisées »	200
6.1.1.3. Pratiques naturelles	202
6.1.2. Les pratiques contraceptives d'usage à portée familiale	204
6.1.3. Pratiques contraceptives magico-religieuses	207
6.1.4. Les variables explicatives entrant en ligne de compte des méthodes contraceptives sollicitées par les acteurs	212
6.1.5. Le cumul de pratiques contraceptives et logiques d'acteurs	215
6.2. Ancrage social et mode de diffusion des procédés locaux et/ou savoir-faire contraceptifs	217
6.3. Catégorisation des acteurs détenteurs des recettes locales et savoir-faire contraceptifs	220
6.3.1. Dignitaires religieux	220
6.3.2. <i>Amanwato</i> ou guérisseurs traditionnels	220
6.3.3. Autres catégories d'acteurs	221
6.3.4. Quelques cas vécus/récits des acteurs relatifs à la performance des méthodes contraceptives d'usage	222
6.4. Pour une socio-anthropologie de la gestion de la fécondité : nécessité de concilier convenances sociales et normes médicales de planification des naissances	223
6.5. La santé publique et les sciences sociales : quelle convergence, quels apports, pour la compréhension des difficultés d'appropriation de l'offre contraceptive biomédicalisée à Zè ?	226
Conclusion partielle	230
CONCLUSION GENERALE	231
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	236
Annexes	258
TABLES DES MATIERES	279