



# UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTÉ DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION (DPSE)

## MÉMOIRE DE MAÎTRISE

OPTION: PSYCHOLOGIE CLINIQUE

THÈME :

**L'ENFANT A TOUT PRIX : CAUSES ET CONSEQUENCES  
PSYCHOLOGIQUES DE LA STERILITE FEMININE DANS  
L'ARRONDISSEMENT D'ABOMEY-CALAVI CENTRE**

**Présenté par**

- Lucie TOHOSSI
- Théophile KINGNIHO

**Sous la direction de :**

Docteur DAH LOKONON-BODEHOU  
Gbènoukpo  
Maître-Assistant (CAMES) des Universités  
FLASH/UAC

**Année académique 2012-2013**

Je dédie ce mémoire à ma feuie mère  
NONFON Fadjo

Toi que la mort m'a arrachée au moment  
où je faisais à peine mes premiers pas.  
Trouve ici l'expression de mon  
attachement.

*Tohossi Lucie*

Je dédie ce mémoire à mon Père

Qui tout au long de mes études m'a  
soutenu dans mes efforts avec ses  
conseils et ses moyens.

*Kingniho Théophile*

## **LISTE DES ACRONYMES**

**ASECNA** : Agence de Sécurité et de la Navigation Aérienne

**CUGO**: Centre Universitaire de Gynécologie et Obstétrique

**CCS**: Clinique Coopérative de Santé

**CNHU-KM** : Centre National Hospitalier et Universitaire Koutoukou Maga

**DPSE** : Département de Psychologie et des Sciences de l'Education

**FLASH**: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines

**FSS**: Faculté des Sciences de la Santé

**INSAE** : Institut National de Statistique et d'Analyse Appliquée

**MDRAC**: Ministère du Développement Rural et de l'Action Coopérative

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**PMA**: Procréation Médicalement Assistée

**PNUD**: Programme des Nations Unis pour le Développement

**RGPH**: Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**RNIE** : Route Nationale Inter Etat

**UAC**: Université d'Abomey-Calavi

## REMERCIEMENTS

En premier lieu, je pense à celui qui m'a rendu forte, qui me rend forte et me rendra toujours plus forte, le Maître de toute vie, l'Éternel Dieu Tout-Puissant, mon seul et unique support de tous les jours, et puis à la Sainte Vierge Marie pour son intercession.

Je témoigne ici toute ma profonde gratitude aux personnes qui ont rendu possible la réalisation de l'étude grâce à leurs soutiens moral, matériel et technique.

Je veux nommer :

- mon Maître de mémoire Docteur DAH LOKONON Gbènoukpo qui, malgré ses multiples occupations, a accepté de diriger ce travail ;

- mon époux AGBADJA Patriege Romain et mes enfants Ashley, Karen et Amen pour leur amour et surtout pour leur soutien pendant les moments difficiles. Puisse Dieu m'aider à combler leurs attentes légitimes ;

- le Corps Professoral du Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation pour son dévouement dans la transmission du savoir ;

- mon Papa et mes Oncles maternelles qui ont apporté leur contribution à cette formation ;

- les Autorités de l'École Polytechnique d'Abomey-Calavi, le Professeur AVLESSI Félicien, et le Professeur BONOU Agossou Clément, pour leur encouragement ;

- le Docteur AWANTO Christophe, Chef du Centre Autonome de Perfectionnement de l'École Polytechnique d'Abomey-Calavi pour son soutien indéfectible et multidimensionnel ;

- le Professeur ALITONOU Guy Alain, Enseignant à l'École Polytechnique d'Abomey-Calavi pour sa confiance motivante et rassurante ;

- le Docteur FIFATIN François-Xavier, Enseignant à l'École Polytechnique d'Abomey-Calavi pour ses conseils et son soutien moral ;

- mes collègues et amis DAKPOGAN BOKO Gisèle, Carole DEGLA, GOUNOU LAFIA Pascal, PODANHO Emmanuel, FAH Lauris, KLOTUE Jean Robert, AVALIGBE Franck, DJISSO Eustache et DASSOU Eric pour le soutien et surtout l'écoute attentive qu'ils ne m'ont jamais marchandés ;

- les autorités et personnel de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi pour leur disponibilité ;

- Je termine cette marque de reconnaissance en réaffirmant, à eux tous que leur apport, quel qu'il soit, est pour moi un réel réconfort.

TOHOSSI Lucie

## REMERCIEMENTS

Ce travail ne pourrait voir le jour sans le concours, combien appréciable, de plusieurs personnes. Qu'elles veuillent bien recevoir tous nos profonds et sincères sentiments de gratitude.

Nos sincères remerciements vont à :

☞ Docteur Gbènoukpo Bodéhou DAH-LOKONON, notre maître de mémoire, pour avoir accepté de diriger ce travail malgré son agenda surchargé ;

☞ Tous nos enseignants du Département de Psychologie et des Sciences de l'Education(DPSE) pour la formation qu'ils ont donnée ;

☞ Tout le personnel administratif et soignant de la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi. Puisse l'Eternel des armées inspire les agents jour et nuit à exercer leur profession avec abnégation et courage ;

☞ Monsieur et Madame AGBADJA Lucie, pour l'amour et le soutien dont ils ont toujours fait preuve à mon égard ;

☞ Monsieur SEWANOU Salomon, pour le soutien et surtout l'écoute attentive qu'il ne m'a jamais marchandés.

☞ Monsieur DAGAN K. Pascal et son épouse, pour leur soutien indéfectible ;

☞ Monsieur ETEKA Serge et son épouse, pour leur soutien de toute nature ;

☞ Monsieur DAKIN Raoufou et son épouse, pour leurs contributions indéfectibles ;

☞ Enfin, notre profonde gratitude va à l'endroit de toutes les personnes dont les noms n'ont pas été cités ici, mais qui nous ont aidés ou soutenus de bon cœur tout au long de notre cursus et dans le cadre de ce travail particulièrement, Madame AMOUSSOU Caroline.

KINGNIHO Théophile

## RÉSUMÉ

La présente étude intitulée « L'enfant à tout prix : causes et conséquences psychologiques de la stérilité féminine dans l'Arrondissement d'Abomey-Calavi Centre » est une étude qui vise à partager les conditions de vie des femmes en quête d'enfant dans l'Arrondissement d'Abomey-Calavi Centre et à proposer des pistes de solution ou de réflexion susceptibles d'améliorer leur être et leur vie.

L'état des lieux a révélé que, la femme en quête absolue d'enfant est une réalité que la société béninoise entretient et amplifie. En effet, les messages véhiculés par nos coutumes et cultures traditionnelles sont très natalistes et souvent, le mariage sert surtout à la continuation de la vie du clan ou de la collectivité. Tout membre du clan familial incapable de participer à ce processus est vu comme un être inutile, une honte, un paria que le clan rejette sans aucune hésitation. Ainsi apparaît l'importance capitale que revêt le fait de la procréation pour l'harmonie ou la survie du couple.

La question est donc préoccupante à plus d'un titre surtout que souvent, la femme victime s'inscrit dans un registre « d'enfant à tout prix » donc prête à « tout » pour avoir un enfant afin de se réhabiliter aux yeux des hommes.

Cette radicalisation dans le souci de se décharger de ce fardeau qu'elle supporte, radicalisation vécue dans nos relations avec certaines de ces femmes, nous a amené à nous intéresser à ce problème de la stérilité féminine.

Des données collectées sur le terrain sur la base des hypothèses de recherches définies nous ont permis d'établir le diagnostic du problème objet de réflexions et ainsi, nous avons pu confirmer que la recherche de l'enfant à tout prix est due à la pression familiale (82,86%), que le défaut de prise en charge psychologique de la femme stérile est à la base de la recherche de l'enfant à tout prix (100%) et que la recherche de l'enfant à tout prix engendre des désillusions qui enfoncent encore plus la femme stérile dans sa stérilité (91,43%).

La Procréation Médicalement Assistée (PMA), l'adoption, l'acceptation de son état et l'aide psychologique peuvent constituer des voies de sortie de cette situation souvent très écrasante.

Dans d'autre conteste, les choses se passent autrement. Certaines personnes choisissent délibérément de ne pas avoir d'enfant. Néanmoins, ce type de choix de vie de ces personnes n'influence pas leur stabilité et leur équilibre dans la vie sociale.

## SOMMAIRE

Dédicace .....	i
Sigle et acronymes .....	iii
Remerciement .....	iv
Résumé .....	vi
Introduction .....	1
Chapitre I : Cadre thématique .....	5
1.1. Problématique .....	5
1.2. Les facteurs innés et sociaux .....	7
1.3. Les facteurs Technologiques et spirituels .....	9
1.4. Clarification conceptuelle et revue de littérature .....	11
Chapitre II : Milieu d'étude .....	17
2.1. Présentation de la commune d'Abomey-Calavi et de l'Arrondissement de d'Abomey-Calavi .....	17
2.2. Présentation de la clinique .....	23
2.3. Approche méthodologique .....	27
2.4. Difficultés rencontrées .....	31
2.5. Etude de cas .....	32
Chapitre III : Présentation, Analyses, interprétation des résultats et commentaires .....	39
3.1. Présentation, Analyses et interprétation des résultats ...	39
3.2. Interprétation des résultats et établissement du diagnostique .....	50

Chapitre IV : Discussion et suggestions .....	52
4.1. La psychologisation .....	52
4.2. Les aspects sociologiques de la stérilité féminine .....	54
4.3. Le poids de la médicalisation et la découverte de l'univers médical .....	55
4.4. Suggestions et recommandations .....	57
Conclusion .....	63
Bibliographie .....	66
Annexe .....	68

## LISTE DES TABLEAUX

N°	Titre	Page
Tableau n°1	Relevé épidémiologique mensuel de la clinique du mois de Juin 2013	26
Tableau n°2	Echantillonnage de la population cible	29
Tableau n°3	Répartition selon le niveau d'études	35
Tableau n°4	Répartition selon le niveau de vie	35
Tableau n°5	Répartition selon l'âge des enquêtés	36
Tableau n°6	Répartition selon le type de stérilité	36
Tableau n°7	Facteurs contribuant à la recherche de l'enfant à tout prix	38
Tableau n°8	Prise en charge des femmes en état de stérilité	39
Tableau n°9	PMA et association de traitement	40
Tableau n°10	Problèmes psychologiques des femmes en état de stérilité	40
Tableau n°11	Problèmes sexuels des femmes en état de stérilité	41
Tableau n°12	Résultats des recours aux prises en charge diverses	42
Tableau n°13	Problèmes relatifs aux traitements suivis	43
Tableau n°14	Etat de santé des naissances enregistrées	44

## LISTE DES CARTES

N°	Titre	Page
Carte n°1	Situation géographique de la Commune d'Abomey-Calavi	22
Carte n°2	Situation administrative de la commune d'Abomey-Calavi	23

## **INTRODUCTION**

En Afrique l'enfant est la principale raison d'être du couple. Le problème de stérilité revêt une importance capitale dans un contexte socio-culturel africain où la vie du couple est intégrée aux mœurs et traditions ancestrales dont la caractéristique essentielle est la conservation et la perpétuation de la lignée familiale.

Aussi la société béninoise est-elle caractérisée par une idéalisation de l'enfant. Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille applaudit à grands cris dit-on. Une personne sans descendance au regard de notre société, riche ou célèbre, pauvre ou intellectuel aura vécu inutilement. Il s'ensuit donc que la stérilité est très mal acceptée par notre société. Elle constitue l'une des crises les plus profondes du couple et sans faire recourt à une quelconque étude en la matière, il est observable que la plupart des couples sans enfants finissent par éclater ou par devenir une trilogie avec l'adjonction d'un nouveau partenaire (un compagnon ou une compagne).

La stérilité n'affecte pas uniquement les relations entre les deux partenaires mais touche également chacun individuellement, en affectant le sens du moi, les rêves d'avenir, les relations avec les parents, amis et collègues. Peu de crises mettent en question autant d'aspects psychologiques avec des effets aussi accablants et pesants.

Face à ce poids, à ce drame, à cette contrainte sociale continue, très peu de personnes, en état de stérilité arrivent à vivre sereinement et attendre sans pression le miracle de la vie à travers l'enfantement. Le constat observé la plupart du temps est une ruée vers diverses méthodes et moyens physiologiques de conception. En effet, faire un enfant, c'est un désir, une promesse qui peut parfois se transformer en une quête impossible, irréalisable, surtout quand le corps ne répond pas et devient le lieu d'une absence et d'un silence angoissant.

L'enfant enracine sa mère dans sa belle famille. Il assure un lien tangible entre les deux familles alliées : celles de son père et de sa mère. La stérilité intervient pour une grande part dans les causes d'instabilité du couple. Sous la pression de leur entourage la femme et l'homme finissent par se faire l'idée que sans enfant, il n'y a pas d'union ; ceci nuit à la cohésion du couple et souvent la séparation devient inévitable.

La présence de l'enfant confère une autre dimension au couple. Outre le lien affectif qui l'unit à ses parents, il représente pour ceux-ci durant leurs vieillesse une garantie de sécurité.

Par ailleurs, il est considéré comme une main-d'œuvre gratuite pour la famille, notamment dans les sociétés rurales.

De plus dans un couple stérile, l'homme ne se sent pas en cause et en rejette la responsabilité sur sa femme.

Toutefois, ces raisons expliquent et traduisent l'inquiétude et l'angoisse d'une femme qui, désirant un enfant, éprouve des difficultés pour en engendrer. On comprend alors combien elle est frustrée et déçue quand, souffrante des maux au-dessus des ressources thérapeutiques disponibles, tout espoir lui est ainsi ôtée.

Issus de familles africaines et vivant en leur sein tout au long de nos études, nous avons pu appréhender bien le problème. Ceci nous a déterminés à nous y intéresser étant donné que la mission du psychologue clinicien est de contribuer à l'amélioration de la condition humaine, individuelle et sociale à travers une bonne appréhension de certains comportements et pathologies humaines. De cette appréhension résulte une meilleure prise en charge qui aboutit, souvent, à rétablir l'ordre dans la vie des personnes en souffrance. C'est à cet exercice que nous essayons de nous adonner, en tant qu'apprenants en psychologie clinique, en décidant de nous pencher sur la question de la recherche de l'enfant à tout prix.

L'enfant est important pour l'humain et pour la société mais doit-on en avoir par tous les moyens ? A-t- on conscience des effets psychologiques qu'engendre cette recherche d'enfant à tout prix ? A-t-on pensé aux contraintes de la médicalisation ? Toutes les femmes peuvent-elles donner naissance à un enfant ? Toutes les femmes doivent-elles donner naissance à un enfant avant d'être mère ? N'existe-t-il pas des solutions palliatives ?

C'est pour analyser ces préoccupations, contribuer à une meilleure connaissance de la question de l'enfant à tout prix et proposer des approches de solution susceptibles de remédier aux conséquences psychologiques de ce comportement que nous avons choisi comme thème de recherche dans le cadre de notre mémoire de maîtrise « **L'enfant à tout prix : Causes et conséquences psychologiques de la stérilité féminine dans l'Arrondissement d'Abomey-Calavi Centre** ».

Pour conduire ce travail, nous avons adopté un plan en deux parties. La première constituée de deux chapitres présente le cadre général de l'étude et la seconde constituée également de trois chapitres posera le diagnostic et proposera des voies de solutions aux problèmes soulevés par le thème de recherches.

## **CHAPITRE I : CADRE THEMATIQUE**

Dans le présent chapitre, nous nous attèlerons à :

- mettre en évidence le problème à travers la présentation de la problématique ;
- procéder à une clarification conceptuelle et à la revue de littérature ;
- faire état de la méthodologie à suivre pour traiter le sujet.

### **1.1. Problématique**

Il s'agit ici de présenter d'une part la problématique de notre sujet et d'autre part, les hypothèses, objectifs qui sous-tendent nos recherches.

#### **1.1.1.Choix et spécification de la problématique**

Un après-midi à la clinique coopérative d'Abomey-Calavi, une patiente a été accompagnée vers le service psychologique. Il s'agissait d'une femme, de la classe moyenne béninoise, en état de stérilité qui, n'en pouvant plus d'être sans enfant, a décidé de se donner la mort en allant se jeter dans la mer à Fidjrossè. Récupérée de justesse après sa tentative de suicide par les pêcheurs présents sur les lieux, elle a été orientée vers le service de psychologie de la clinique après la guérison médicale. Des informations obtenues de la patiente, il ressort qu'elle a déjà fait recours à toutes formes imaginables de traitement disponibles localement sans succès. Elle en est fatiguée et c'est la raison de sa tentative de suicide.

La stérilité a depuis toujours, fait l'objet d'innombrables spéculations, quant à son étiologie et a suscité des attitudes et a nourri des imaginaires contrastés selon les sociétés et les époques ; le récit des patients atteints de stérilité, ainsi que celui de leur entourage, portent souvent l'héritage des mythes, des tabous et des interdits encore bien ancrés dans l'inconscient collectif.

Depuis l'aube des temps, la stérilité a été considérée comme un fléau majeur frappant les femmes, seules accusées longtemps de cette incapacité impardonnable à prolonger la lignée.

Chaque société avait une réponse particulière à la souffrance qu'entraînent l'impossibilité d'engendrer et la rupture de la transmission par la filiation.

Il nous a paru donc opportun d'aborder une telle problématique universelle sous l'angle d'une approche interculturelle, qui peut s'avérer très riche et enrichissante.

Qu'est-ce qui conduit les femmes à la recherche de l'enfant à tout prix ? Les réponses à ce questionnement pourront être regroupées en deux groupes. Il s'agit des facteurs innés et sociaux et des facteurs technologiques.

### **1.1.2. Hypothèses, objectifs de recherches**

Pour la résolution des problèmes spécifiques et, par voie de conséquence, celle du problème général, il nous faut :

- formuler les hypothèses de travail;
- définir les objectifs de recherche;

#### **1.1.2.1. Hypothèses de travail**

Dans le cadre de notre étude, les trois (3) hypothèses préalables ci-après sont émises :

- La recherche de l'enfant à tout prix est due à la pression familiale.
- Le défaut de prise en charge psychologique de la femme stérile est à la base de la recherche de l'enfant à tout prix.
- La recherche de l'enfant à tout prix engendre des désillusions qui enfoncent encore plus la femme stérile dans sa stérilité.

### **1.1.2.2. Objectifs de recherche**

D'une façon générale, l'objectif de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la situation des femmes stériles en quête d'enfant dans l'arrondissement d'Abomey-Calavi Centre, à travers une analyse – diagnostic des facteurs qui empêchent l'atteinte de leur objectif dans une perspective de proposer des approches de solution pour y remédier.

Le sujet aborde le douloureux combat que mènent les femmes stériles. Ce qui demande un travail psychanalytique pour dépasser les blessures narcissiques produites par cette incapacité et éclairer les répercussions de l'escalade des traitements.

Cette étude aidera la femme stérile à comprendre les risques auxquels elle s'expose afin d'éviter toutes conséquences ou conflits qui pourraient perturber sa vie conjugale.

De façon spécifique, cette recherche nous a permis de :

- Evaluer le nombre de cas de prise en charge psychologique des femmes en état de stérilité dans leur quête d'enfant
- Evaluer les différentes conséquences du recours aux méthodes de procréation de la femme stérile
- Analyser la situation des femmes finalement devenue mères après une longue période de recherche effrénée d'enfant.
- Proposer des approches de solutions qui permettent de prévenir les causes évitables de la stérilité

### **1.2. Les facteurs innés et sociaux**

Ces facteurs qui sont liés d'une part à la nature même de la femme et d'autre part à la pression sociale conduisent la femme en état de stérilité à rechercher un enfant à n'importe quel prix.

### **1.2.1. Le désir d'enfant chez la femme**

La nature intrinsèque de la femme, sa constitution naturelle fait qu'elle est habitée par un désir de concevoir un enfant. Ce désir remonte à la petite enfance. Selon Freud, le désir d'enfant émerge chez la petite-fille aux alentours de dix-huit mois, lorsqu'elle commence à s'identifier à sa mère et à l'imiter en s'occupant de sa poupée. Vers cinq/six ans, c'est la période du complexe d'Oedipe : la petite-fille se détourne de sa mère, pour souhaiter un enfant de son père<sup>1</sup>. Chez les jeunes adolescentes, on observe que le désir d'enfant répond surtout à un besoin affectif. C'est avec la découverte de la sexualité, que la jeune femme est ensuite attirée par des "objets" d'amour différents de ses parents. En rencontrant le sexe opposé, son désir d'enfant se manifestera de nouveau<sup>2</sup>. Pour la psychiatre Monique Bydlowski, enfanter c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi. Elle estime que, d'une manière inconsciente, le premier enfant est dédié à la mère<sup>3</sup>. La maternité représente, pour Françoise Dolto, "la dernière mutation" d'une femme. C'est un besoin inscrit dans son corps et dans son esprit qui doit être satisfait, sinon il provoque une sensation de manque<sup>4</sup>. Le désir est donc inné en la femme et "un enfant à soi" est un facteur réel d'épanouissement de la femme. Etre dans l'impossibilité d'enfanter est souvent vécu comme une malédiction, comme un handicap même et les femmes souffrent atrocement de cette absence de maternité, de ne pouvoir donner vie à un enfant, de ne pas le porter, parce qu'elles portent en elles, ce puissant désir d'enfanter. Mais au-delà de ce facteur, la pression de la société sur la femme sans enfant peut la conduire également à un comportement de recherche d'enfant à tout prix.

### **1.2.2. La stigmatisation sociale de la femme stérile**

La stérilité est vécue comme un drame en Afrique. Elle est perçue comme un manque et pose des problèmes aux couples, même si le questionnement interpelle davantage et différemment les femmes.

---

<sup>1</sup> Désirs d'enfant, Jacques André, éditions PUF.

<sup>2</sup> La révolution intérieure, Corinne Antoine, éditions Larousse.

<sup>3</sup> La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité, Monique Bydlowski, éditions PUF.

<sup>4</sup> Désir d'enfant, René Frydman et Marcel Rufo, éditions Marabout.

Toutes les sociétés, dans l'imaginaire collectif et culturel, religieux et philosophique, crée des représentations des attitudes et des institutions qui tournent surtout autour du corps de la femme, réceptacle de la fécondité et de la vie. Dans l'image populaire, l'absence d'enfant dans un ménage est due à la stérilité de la femme. La stérilité pose souvent des problèmes à la femme par le fait que la culture africaine fait de la femme le vecteur de la reproduction à la fois biologique et sociale. C'est à travers son corps que se manifeste la fécondité du couple ; c'est elle qui pourrait révéler indirectement la stérilité masculine.

Les femmes stériles, sont exclues de la vie sociale. Soumises à des tensions internes, elles sont en butte aux réactions plus ou moins gênantes de l'entourage. Ces réactions peuvent aller des sarcasmes ou moqueries en passant par des injures, des paroles déplacées jusqu'à l'agression physique dans le milieu. Le ressentiment, la haine ou le repli sur soi-même que cette stigmatisation engendre font que ces femmes sont pour la plupart sujettes au chagrin, à la frustration, à la culpabilisation, à l'instabilité conjugale, au dénuement économique.

Pour ne plus vivre ce véritable cauchemar, pour ne plus se sentir anormale, la recherche d'un enfant s'impose comme le seul but de l'existence.

### **1.3. Les facteurs technologiques et spirituels**

Au nombre des éléments prescripteurs de comportement pour la recherche d'un enfant malgré son état de stérilité, figurent l'existence des possibilités médicales de conception et des possibilités spirituelles.

#### **1.3.1. Les possibilités médicales de conception**

La science a fait des progrès importants et dans le domaine de la reproduction, des avancées ont été obtenues dans la compréhension des causes médicales de la stérilité. Ce faisant, certains cas sont traitables médicalement avec plus ou moins de succès. Des méthodes artificielles de

conception (fécondation in vitro, les dons d'ovocytes, les prêts d'utérus, les stimulations hormonales) ont été également inventées par les chercheurs. Toutes ces informations, rendues accessibles par les médias et l'avènement des technologies de l'information et de la communication, sèment dans le cœur des femmes en état de stérilité l'espoir d'avoir un enfant par le recours médical.

### **1.3.2. Les offres de possibilités spirituelles de conception**

La procréation est devenue un véritable marché où, du fait de la demande importante (une seule femme peut passer de spécialistes en spécialistes, de guérisseurs en guérisseurs pour tester différents produits...). Il n'y a plus de jours où les télévisions, les radios locales et journaux n'inondent le public d'informations publicitaires vantant les qualités de tel ou tel autre produit ou de tel ou tel autre guérisseur ou docteur traditionnel. Etant en désespoir de cause, incapables de déceler le faux du vrai, et pour enfin échapper à l'exclusion dont elles sont victimes, ces femmes se trouvent dans l'obligation de répondre à ces réclames pour des résultats parfois désastreux.

Par ailleurs, l'univers religieux a lui aussi intégré dans son mode de fonctionnement et de recherche de fidèles, ce problème social. Nombreux sont les pasteurs, les révérends, des supposés oints du Seigneur qui promettent, à tout vent, le miracle de l'enfantement à toute femme. Ces promesses savamment exploitées sur la base des récits bibliques d'enfantement opéré par le créateur, deviennent souvent des illusions. En dehors de ces possibilités, les religions dites endogènes offrent des possibilités de conception. Il est possible de demander un enfant à une divinité vodoun en offrant et en promettant des sacrifices. Cette voie qui n'est pas aussi sans embûches est empruntée par plusieurs femmes en état de stérilité.

Eu égard, à ce qui précède, on peut donc dire que c'est l'ensemble de ces facteurs qui rend obsessionnelle la quête d'enfant chez la femme en état de stérilité. Il découle de cette situation que les résultats obtenus dans cette

quête obsessionnelle peuvent être à la base de difficultés encore plus graves que celles existantes au départ. Notre désir à travers ce travail est de permettre aux femmes en situation de stérilité de dépasser les blessures narcissiques produites par cette incapacité et d'éclairer les répercussions de l'escalade des traitements en les aidant à comprendre les risques auxquels elles s'exposent afin d'éviter toutes conséquences ou conflits qui pourraient perturber sa vie conjugale ou sa vie personnelle.

#### **1.4. Clarification conceptuelle et Revue de littérature**

La question de la stérilité surtout féminine a déjà fait couler beaucoup d'encre. Elle a même traversé les âges avec une évolution au gré des sursauts des réflexions des auteurs, des intérêts, de la science ou des témoignages des victimes. Aussi, avant de faire état des apports de la doctrine sur la question, nous allons essayer de clarifier certains concepts dont la connaissance est nécessaire à la compréhension de notre thème. Emile Durkheim (1963), n'affirmait-il pas que « ... le savant doit d'abord définir les choses dont il traite afin que l'on sache qu'il sait bien de quoi il est question. »

##### **1.4.1. Clarification des concepts**

**Stérilité** : Selon le dictionnaire Le Larousse (2010), la stérilité est définie comme un état de ce qui est stérile et le mot stérile est défini comme quelqu'un ou quelque chose qui ne porte pas de fruit, qui ne produit pas, qui est inapte à la génération. Le rapport sur la recherche en reproduction humaine publiée en 1991 par l'OMS signale également que « les définitions existantes de la stérilité sont variées, mais la définition clinique habituelle est l'absence de survenue d'une grossesse après un an de rapports sexuels réguliers sans contraception ». Dans le présent mémoire le concept de stérilité est utilisé pour désigner la femme vivant maritalement en couple depuis plusieurs années (02) sans concevoir. Nous utiliserons souvent le groupe nominal "femme en état de stérilité" qui offre une possibilité de réversibilité de la stérilité à celle de femme stérile qui a une connotation de verdict définitif.

**Infertilité et fécondité** : L'infertilité (*infertility* dans un monde anglo-saxon) est communément définie comme le manque de conception. L'infertilité est donc vue comme synonyme d'hypofertilité. « La stérilité implique une intrinsèque inaptitude à mener à bien une grossesse, alors que l'infertilité implique la baisse de la capacité de concevoir ». Par contre, la fécondité est la capacité de participer à la naissance d'un enfant. On utilise en effet le terme de fécondabilité pour exprimer les chances de survenue d'une grossesse pendant une période d'exposition.

**Stérilité primaire** : La stérilité est dite primaire, lorsque la femme n'a jamais conçu malgré la cohabitation et l'exposition au risque de grossesse.

**Stérilité secondaire** : La stérilité est dite secondaire, lorsque la femme qui a déjà conçu ne peut plus concevoir malgré l'exposition au risque de grossesse.

**Stérilité psychogène** : Une stérilité est dite psychogène lorsqu'elle est d'origine psychique, c'est-à-dire inexplicée.

**Prise en charge psychologique** : La prise en charge psychologique désigne l'ensemble des méthodes et canaux utilisés par un spécialiste, le psychologue, pour aider une personne victime d'une pathologie ou d'un problème à sortir de cette pathologie ou problème. La méthode la plus utilisée est la parole et l'écoute. Il appartiendra au psychologue de déceler les facteurs psychologiques qui entravent la survenance de la grossesse. Il peut s'agir entre autres de :

- ❖ la peur d'être enceinte parce que des exemples familiaux ou dans l'entourage en ont imposé une image catastrophique ;
- ❖ parce qu'on a perdu un enfant dans des conditions dramatiques ;
- ❖ la peur d'être mère parce que sa propre mère est porteuse d'une image négative ;
- ❖ la peur d'avoir un enfant parce que la place de cet enfant dans l'inconscient est déjà prise par un autre ;

- ❖ la peur de déformer son corps ;
- ❖ la peur de perdre son couple.
- ❖ des mésententes inconscientes dans le couple ;
- ❖ des rapports sexuels peu fréquents ou impossibles en période d'ovulation ;
- ❖ des attitudes de certains médecins qui inquiètent ou aggravent les peurs inconscientes ;
- ❖ Le désir excessif de grossesse (désir Majuscule de grossesse) ;
- ❖ La peur de revivre une mauvaise expérience vécue avec un enfant précédent ;
- ❖ les hommes qui n'éjaculent pas lors de chaque rapport, souvent par refus inconscient de la grossesse ou par refus du rôle de géniteur qu'on leur fait jouer.....

#### **1.4.2. Revue de littérature**

Déjà dans la Bible, recueil des faits humains et divins d'avant et après la naissance du Christ, plusieurs récits ou textes ont évoqué la question de la stérilité dans le couple notamment celle de la femme. On peut citer au titre de ceux-ci, les cas de stérilité de Sarah dans le couple Abraham et Sarah, de Rebecca dans le couple Isaac et Rebecca, de Rachel dans le couple Jacob et Rachel, d'Elisabeth dans le couple Zacharie et Elisabeth... Les personnages bibliques victimes de cette situation sont donc nombreux ; malgré cette diversité, un trait commun peut les réunir : il s'agit de la souffrance engendrée par cette situation. La triste expression de Sarah dans la Genèse « Tu vois que l'Éternel m'a empêché d'enfanter.. » (Gn16.2), reflète la souffrance, l'amertume et les reproches qu'elle endurait.

Dans tous les cas, toute la doctrine est unanime à remarquer que la stérilité féminine est un long combat. BIOY (2012), dans son ouvrage L'aide mémoire de psychologie médicale et psychologie de soin en 58 notions se demande en quoi la féminité s'acquiert 'contre' la mère et que la maternité en tant que trait spécifique de la féminité donne parfois l'illusion de pouvoir rembourser une dette de vie pourtant insolvable. Ainsi, il deviendra plus aisé

de comprendre ce qui se joue pour la femme confrontée à sa stérilité et quelles angoisses seront ainsi suscitées. Ce constat est partagée par FAURE-PRAGIER (2003) qui, dans son ouvrage "Les bébés de l'inconscient", aborde le douloureux combat que mènent aujourd'hui les femmes en état de stérilité soumises à l'offre procréatique. Elle montre l'intérêt d'un travail psychanalytique pour dépasser la blessure narcissique produite par cette incapacité et éclairer les répercussions de l'escalade des traitements.

COHEN (2004) dans son ouvrage, "Un bébé mais pas à tout prix. Les dessous de la médecine de la reproduction" a abordé ce problème dans le même sens ; elle-même ex-victime qui a mené un long combat pour avoir un enfant, a pu et su décrypter les affres de ce processus de recherche d'enfant : un système défaillant marqué par le manque d'information à propos des traitements et leurs effets secondaires, des prescriptions parfois abusives, des techniques de fécondation in vitro, une étonnante absence de psychologie de la part du corps médical ... L'auteur, aujourd'hui heureuse maman de deux (02) petite filles, pose avec le recul, cette question essentielle : doit-on avoir un bébé à tout prix ? Jusqu'où faut-il aller pour procréer ou adopter ?

Poursuivant dans ce sillage, d'autres auteurs ont fait établir les difficultés monstres auxquelles les femmes en état de stérilité sont confrontées. Dans son ouvrage « Femmes infertiles : image de soi et désir d'enfant » MAGGIONI (2006) dévoile la complexité du mélange d'affectivité, de surmédicalisation et des rapports économiques qui se greffent sur les problèmes de fertilité au niveau des femmes en quête d'enfant. C'est aussi le cas de DEPONDT-GADET (2011), qui dans son ouvrage Stérilité et infertilité,<sup>5</sup> montre qu'en ces temps modernes où les prouesses de la science permettent des merveilles, il est étonnant de voir que la nature reste capricieuse quand il s'agit par exemple de concevoir un enfant et que le psychisme a un pouvoir considérable sur le corps, bloquant parfois une grossesse pourtant désirée ou libérant miraculeusement des verrous qui empêchent toute conception. DESJARDINS-SIMON (2010) abondera dans le

---

<sup>5</sup> Martine Depondt-Gadet, Stérilité et infertilité, Edition Dangles 2011

même sens dans son ouvrage *les verrous inconscients de la fécondité*<sup>6</sup>. Pour cet auteur, l'infécondité est orchestrée par l'inconscient dans une dynamique de couple. Il a essayé de montrer comment le psychisme verrouille l'accès à la maternité. Pour chaque personne en quête d'enfant, les mêmes questions se posent. Quelles relations infantiles a-t-elle établies avec ses propres parents? Comment est composée sa fratrie? La place de l'enfant n'est-elle pas déjà prise? La femme en quête d'enfant se trouve alors entraînée dans un parcours lourdement médicalisé. Pour BYDLOWSKI (2008), l'espoir, le projet d'une filiation individuelle, induit toujours une rêverie subjective qui mobilise la mémoire inconsciente.

Toujours dans ce sillage, DELAISI DE PASEVAL (2008) dans son ouvrage « *Famille à tout prix* », s'adresse principalement à ces nouveaux parents pour les aider à se préparer dans ce paysage extrêmement complexe.

Il découle de cette littérature recueillie sur la question que l'accent doit être mis sur la prise en charge psychologique des victimes. Au Bénin, la question de la stérilité a été aussi abordée par quelques auteurs. Nous essayerons d'en citer quelques. C'est le cas d' AHOGNISSE (1986) qui, dans sa thèse de Doctorat en Médecine d'Etat « *La stérilité conjugale au CNHU de Cotonou : Etude étiologique à propos de 1135 cas recensés de 1984 à 1986* », a essayé d'explorer le côté médical de la question au niveau du CNHU. D'autres écrits lui ont emboîté le pas. Il s'agit de :

- AHOKPOSSI (2003), dans sa thèse de Doctorat en Médecine d'Etat « *L'infertilité du couple à la Clinique Universitaire de Gynécologie et Obstétrique (CUGO) de Cotonou : Faire le point sur les cas recensés et les ressources nécessaires à la satisfaction des besoins* »
- AKOCHOU (1998) dans son Mémoire pour le passage en 4<sup>ème</sup> année du Diplôme d'Etudes Spécialisés de Gynécologie et Obstétrique « *L'infertilité conjugale : facteurs étiologiques et résultats thérapeutiques à propos de 573 cas observés à l'hôtel Dieu Ste-Justine de Montréal* »

---

<sup>6</sup> Joëlle Desjardins-Simon, *Les verrous inconscients de la fécondité* Editions Albin Michel 2012

- KOUSSIHOUEDE (2009) dans son Mémoire pour le passage en 4<sup>ème</sup> année du Diplôme d'Etudes Spécialisés de Gynécologie et Obstétrique « Endométriose et infertilité : Prise en charge »

Il est à signaler que la littérature orale n'est pas restée inactive face à cette thématique. Plusieurs artistes de la chanson se sont illustrés en vantant les mérites de l'enfant. C'est le cas de SAGBOHAN dans Vignon, de NORBERKA dans Mawugnon. Cette dernière disait dans sa chanson que " Dieu lui a enlevé la honte en lui donnant enfin un enfant et ce qui est miraculeux, c'est qu'au lieu d'un enfant, le créateur lui en a donné deux d'un coup... Louanges et gratitudes éternelles donc".

## **CHAPITRE II- MILIEU D'ETUDE**

La Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi est le lieu de déroulement de notre stage. Elle est située dans la ville d'Abomey-Calavi, c'est pourquoi, nous donnons un aperçu général sur la commune à travers un certain nombre d'éléments caractéristiques. Ceux-ci concernent la situation géographique, les données démographiques, les activités économiques et l'organisation administrative.

### **2.1. Présentation de la Commune d'Abomey-Calavi et de l'Arrondissement d'Abomey-Calavi Centre**

#### **2.1.1. Aspects physique et démographique**

##### **2.1.1.1. Situation géographique**

La commune d'Abomey-Calavi, située dans la partie sud de la République du Bénin et du département de l'Atlantique, fait partie intégrante du bassin côtier du Sud-Bénin. Traversée par deux routes inter-états (RNIE), la commune d'Abomey-Calavi est limitée au Nord par la commune de Zè, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par les communes de Sô-Ava et de Cotonou et à l'Ouest par les communes de Tori-Bossito et de Ouidah.

La commune d'Abomey-Calavi a un relief peu accidenté. Les principaux traits caractéristiques sont : la plaine côtière et un plateau de terre de barre. Ces deux grandes composantes présentent respectivement une diversité d'unités géomorphologiques. Il s'agit des cordons littoraux, des cuvettes fermées et des escarpements.

La plaine côtière s'étend de Togbin à Cococodji et est constituée de cordons de sable le long des lagunes et du littoral.

Quant au plateau de terre de barre, il est séparé du littoral par la lagune de Djonou. Il présente de nombreuses dépressions fermées ou

cuvettes dispersées qui se transforment pendant la période de pluies en points d'eau temporaires.

En ce qui concerne les sols, on en distingue trois types dans la commune : les sols de plateau, les sols de mi-versant et les sols de bas-fond.

Les sols de plateau ou sols rouges se sont développés à partir d'un matériau déjà fortement évolué c'est-à-dire le continental marin. Appelés encore terre de barre dont la pente est de 2%, ces sols très profonds et très poreux sont bien drainés.

De couleur rouge également, les sols de mi-versant diffèrent des sols de plateau par l'apparition d'un horizon argileux après les 40 premiers centimètres. Ils sont sur des pentes variant entre 6% et 3%. Leur texture est sablo-argileuse à limono-argilo-sableuse.

Quant aux sols de bas versant et de bas-fond, ils sont des sols ocres, et riches en matières organiques.

La Commune d'Abomey-Calavi bénéficie des conditions climatiques identiques à celles de l'ensemble des localités de la région subéquatoriale. Selon des données statistiques de 2001<sup>7</sup>, la commune est caractérisée par deux saisons sèches (décembre, janvier, février et août) avec absence ou insuffisance de pluie. Les précipitations sont inférieures à 40 mm. De même, on observe deux saisons pluvieuses (mars, avril, juin, juillet / et septembre, octobre novembre) au cours desquelles la moyenne mensuelle dépasse 170 mm.

Le réseau hydrographique est constitué essentiellement de deux plans d'eau que sont le lac Nokoué et la lagune de Djonou. Par ailleurs, la commune dispose d'une façade maritime juxtaposée à la lagune côtière, de marais, de ruisseaux et de marécages. Tout cela lui offre des potentialités touristiques et halieutiques.

---

<sup>7</sup> ASECNA 2001

Ces écosystèmes humides offrent divers habitats à la flore et à la faune.

### **2.1.1.2. Données démographiques**

Selon les résultats du RGPH3 (INSAE, 2002), la population de la Commune d'Abomey-Calavi est de 126 507 habitants en 1992. En 2002, elle est passée à 307 745 habitants avec une densité de 571 habitants au km<sup>2</sup>. Cette population a presque triplé et les femmes font 158 082 soit un rapport de 51,37% de la population totale de la Commune. Les estimations effectuées sur cette base portent cette population à 355 900 habitants en 2007<sup>8</sup>. Le RGPH4 effectué en 2013 porte cette population 655 965 habitants soit un taux d'accroissement de 6,96% de 2002 à 2013. Ces chiffres expliquent l'assertion selon laquelle Abomey-Calavi est la cité-dortoir de la ville de Cotonou

Suivant les données de l'Atlas Monographique des Communes du Bénin (Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et de la Décentralisation 2001), il y a plusieurs groupes ethniques. Les Fon (principalement les Aïzo) représentent le groupe ethnique majoritaire soit 83,6% de la population. Ensuite viennent les Adja (9,5%) et les Yoruba (4,2%). Les groupes ethniques minoritaires sont les Bariba (0,3%), les Dendi (0,2%), les Yom Lokpa (0,2%), les Otamari (0,2%), les Peulh (0,1%) et autres (1,7%).

### **2.1.2. Aspects économiques et organisation administrative**

#### **2.1.2.1. Activités économiques**

Au nombre des activités économiques menées par la population d'Abomey-Calavi, on distingue l'agriculture, l'élevage et la pêche. Ces activités occupent 80% de la population active. A ces activités s'ajoutent la

---

<sup>8</sup> INSAE (RGPH 3) repris dans SDAC de la Commune

petite industrie, l'artisanat et de plus en plus, les services comme le tourisme, les services de santé, etc.

L'agriculture occupe une bonne partie de la population dans la commune d'Abomey-Calavi. Les produits cultivés en 2003 sont les tubercules (156 816 tonnes sur 11 100 hectares), les céréales (19 123 tonnes sur 25 805 hectares), les maraîchers (3 128 tonnes sur 756 hectares), les ananas (34 125 tonnes sur 605 hectares)<sup>9</sup>. Les cultures vivrières sont les plus importantes et représentent plus de 90% des superficies emblavées.

L'élevage n'est pas très développé et est souvent domestique. Les personnes qui s'adonnent à cette activité élèvent souvent la volaille, les porcins, les caprins, les ovins et les bovins.

La pêche est une activité qui est fortement pratiquée surtout par les hommes "Tofin". Elle est exercée par les populations riveraines de la lagune côtière et de la mer. Il faut remarquer que la pêche continentale est menacée par l'utilisation des engins prohibés de pêche, l'utilisation des engrais chimiques, l'occupation des berges par les populations riveraines et l'envahissement des eaux par la jacinthe.

#### **2.1.2.2. Organisation administrative**

La commune d'Abomey-Calavi compte soixante-dix (70) villages et quartiers de ville dirigés par des chefs de village ou de quartiers de ville et répartis sur neuf (09) arrondissements que sont : Calavi centre, Godomey, Akassato, Zinvié, Ouèdo, Togba, Hèvié, Kpanroun et Golo-Djigbé. La commune est dirigée par un conseil communal de 37 membres présidé par le Maire.

Abomey-Calavi-Centre abrite la mairie et de nombreuses infrastructures administratives. Il abrite également la plus grande université du pays, l'université d'Abomey-Calavi, de nombreuses universités privées et centres d'apprentissage professionnels. D'une population de 80 840 en

---

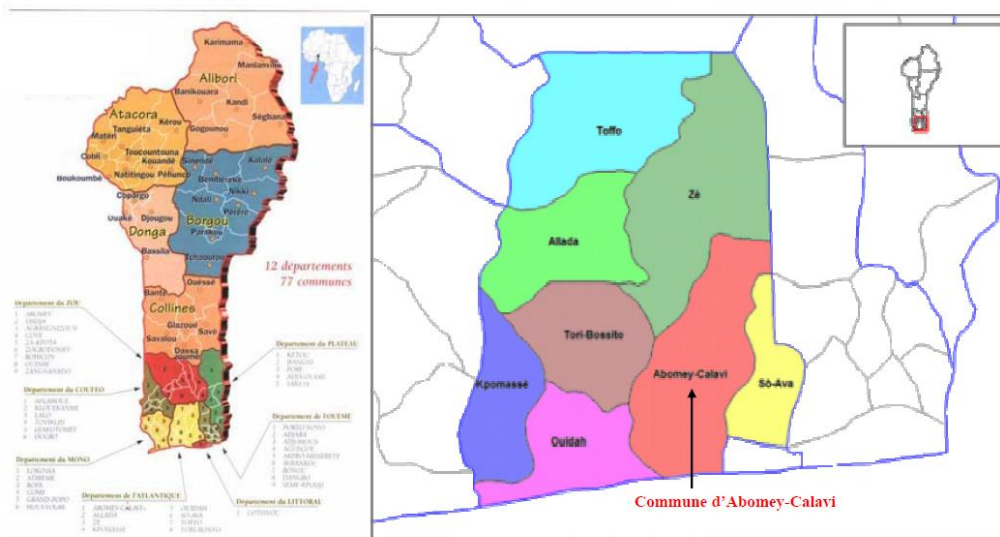
<sup>9</sup> CeRPA Atlantique 2003.

2012<sup>10</sup>, il est le deuxième arrondissement le plus peuplé de la commune. C'est la porte naturelle d'accès à Ganvié. Son caractère cosmopolite y fait séjourner de nombreux groupes ethniques venus de tous les départements de notre pays.

Les cartes ci-après indiquent la situation de la commune sur la carte administrative du Bénin ainsi que la subdivision en arrondissements de la commune.

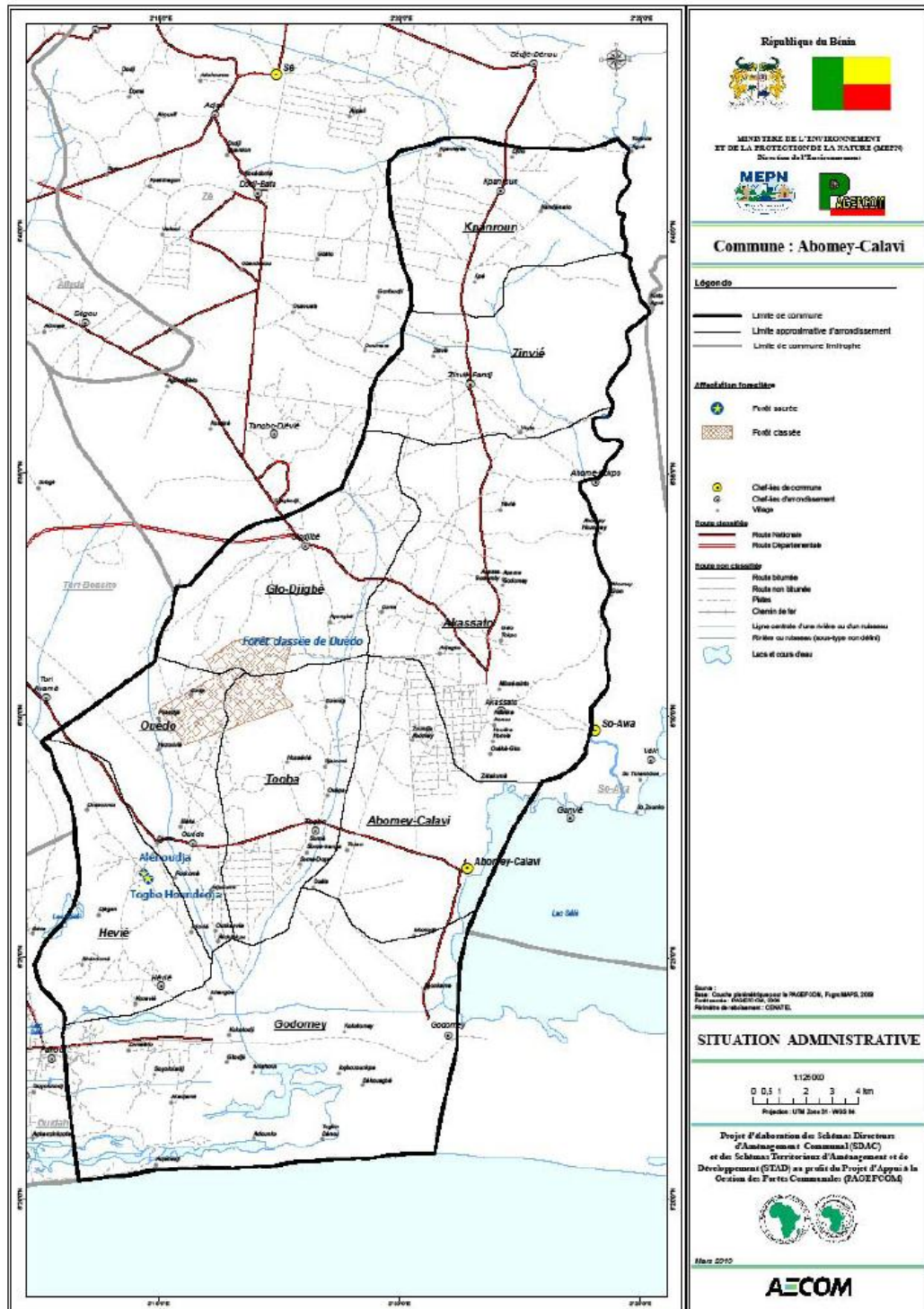
Carte 1 : Carte administrative du Bénin

Carte 2 : Situation de la Commune d'Abomey- Calavi



<sup>10</sup> INSAE : Projection 2012 du RGPH3 qui indiquait une population de 61450 hbts en 2002

Carte 3 : Situation administrative de la Commune d'Abomey- Calavi



## **2.2. Présentation de la Clinique Coopérative**

### **2.2.1. Description du cadre de stage**

La structure d'accueil de notre stage pratique en psychologie clinique est dénommée : Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi (CCS-Abomey-Calavi). Elle est située dans l'arrondissement d'Abomey-Calavi, précisément dans le quartier Sèmè au bord de la voie inter-Etat Cotonou-Niamey, à trois cent mètres de la mairie d'Abomey-Calavi.

La CCS d'Abomey-Calavi est une entreprise coopérative à vocation médico-sociale dont l'agrément remonte au 04 février 1991. Il fait partie intégrante du Projet CCS-Bénin inclus dans le projet Ben 88/004/MS/OMS/PNUD et est soumis à un régime coopératif tel qu'il résulte de l'ordonnance N°52/PR/MDRAC du 28/12/1996.

Elle participe sous l'autorisation de sa structure de tutelle, le ministère de la santé :

- à la cession des médicaments essentiels ;
- aux activités de la médecine préventive et promotionnelle
- au développement des activités socio-sanitaires dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi-Sô Ava suivant la stratégie des soins de santé primaires.

Toutes ces actions contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans la commune d'Abomey-Calavi.

Du point de vue technique, la CCS fonctionne sous la direction d'un médecin chef nommé par le président du conseil d'administration. Il est le garant des activités de l'ensemble des unités qui composent la structure à savoir le dispensaire, le service social, la gynécologie, l'échographie, l'ophtalmologie, la psychologie, la cardiologie, l'ORL, l'orthophoniste, la chirurgie/bloc opératoire, le SAMAD, la pédiatrie le laboratoire, la pharmacie, l'entretien et le gardiennage, le laboratoire et enfin le service de recouvrement et la facturation. Chacune de ces structures est dotée d'un

chef de service qui rend compte de l'évolution des activités réalisées ou des difficultés rencontrées dans le développement du secteur dont il a la charge.

### 2.2.2. Affections objets de consultation

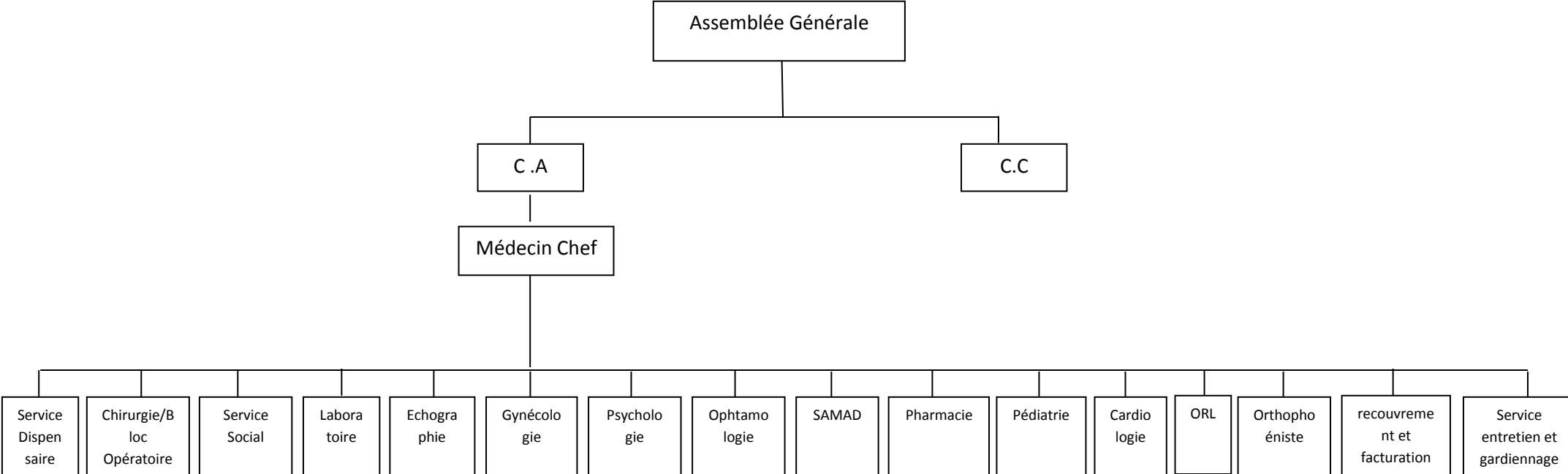
La clinique est fréquentée par les populations locales pour diverses affections. Le tableau n°1 ci-après présente un récapitulatif des motifs de consultation pendant le mois de juin lors de notre stage.

**Tableau n°1 : Relevé épidémiologique mensuel de la clinique du mois de Juin 2013**

Affections	Consultants hospitalisés et non hospitalisés								Total
	0-11 mois		1 – 4 ans		5 – 14 ans		15 ans et +		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Conjonctivite		2		1			3	4	10
Autres affection oculaires	3	1	2	5	4	1	7	8	31
Anémie	12	15	9	8	6	7			57
Toux chronique	6	4	2	4	4	5	4	4	33
Infections respiratoires aiguës/hautes	2	1	2	4	3	5	18	6	41
Infections respiratoires aiguës/basses	4	5	7	7	6				29
Autres affections respiratoires					9	5	16	10	40
Hypertension artérielle							33	25	58
Affections cardiovasculaires							34	29	63
Affections ostéo-articulaires							1	8	09
Affections bucco-dentaires					1	1	2	3	07
Autres affections	3	5	5	5	4	6	19	11	63
Affections dermatologiques			2	1	6	7	7	12	35
Diarrhée fébrile	12	15	10	16					53
Diarrhée avec déshydratation	3	4	5	1	3	3			19
Autres affections gastro-intestinales	6	3	12	15	9	7	3	2	57
Paludisme simple non confirmé	4	6	2	7	4	5			28
Paludisme simple confirmé	63	54	71	56	88	64	128	129	653
Perte vaginale								3	03
Douleurs abdominales basses						12		17	29
Autres IST							2	3	05
Autres affections uro-génitales					2		3	2	07
Problèmes de conception								9	09
Problèmes psychologiques							2	4	06
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>115</b>	<b>129</b>	<b>130</b>	<b>149</b>	<b>128</b>	<b>282</b>	<b>289</b>	<b>1345</b>

Source : Données recueillies à la clinique - 2013

**2.2.3. Organigramme**



C.A : Conseil d'Administration

C.C : Commissaire aux comptes

### **2.3. Approche Méthodologique**

L'approche méthodologique que nous avons adoptée dans le cadre de ce mémoire a consisté en la recherche documentaire et en la collecte de données sur le terrain à travers des enquêtes.

#### *Collecte des données d'enquête*

Notre présence sur le terrain pendant plusieurs mois, nous a permis de constater de visu et de vivre certains problèmes des populations de l'arrondissement d'Abomey-Calavi Centre.

Pour les études sur le terrain, il nous a paru impérieux d'adopter une méthodologie pour mener les enquêtes nécessaires et recueillir les données. Dans ce cadre, les étapes ci-après ont été suivies :

- la définition de la cible de l'enquête ;
- l'échantillonnage ;
- l'élaboration des questionnaires d'enquête ;
- l'administration des questionnaires qui induit la collecte des données ;
- le traitement des données recueillies.

En ce qui concerne la cible de la présente étude, elle est constituée de l'ensemble des femmes en état de stérilité dans l'arrondissement d'Abomey-Calavi Centre. Cette population mère est très importante et compte tenu de la délicatesse du sujet abordé, il n'est pas possible de rencontrer toute cette population cible. Il est donc apparu plus commode de procéder par échantillonnage et pour que cet échantillon soit représentatif, nous avons décidé, tenant compte des prescriptions en matière de méthodologie de recherches, d'interroger 35 éléments de la population mère. Mais afin d'améliorer la représentativité, nous avons estimé que les personnes interrogées doivent être réparties sur tout le territoire de l'arrondissement, c'est-à-dire dans chaque quartier. Le nombre de quartier dans l'arrondissement étant de six (6), il ressort que chaque quartier devrait avoir 5,8 enquêtés. A ce niveau, nous avons décidé de procéder à une répartition raisonnée tenant compte du nombre d'habitant de chaque quartier

d'Abomey-Calavi centre. Dans ce contexte, Tokpa-Zoungo hérite de 11, Sèmè de 16, Aganmadin 3, Agori de 8, Gbodjo 3, Kanssounkpa 10.

L'échantillon défini, il a fallu procéder à l'administration des questionnaires. A ce niveau, cela a été fait de façon aléatoire : en effet, lorsque par enquêtes relationnelles nous arrivons à identifier une femme en état de stérilité, nous l'incluons systématiquement dans notre cible. Parfois l'approche n'est pas toujours couronnée de succès. Ainsi pour obtenir les 35 questionnaires remplis et exploitables, nous avons dû approcher 51 femmes ; 16 rencontres ont été des insuccès.

Le tableau n°2 ci-après présente le récapitulatif de l'échantillon d'enquête.

**Tableau n°2 : Echantillonnage de la population cible**

Rubriques	Tokpa Zoungo	Sèmè	Aganmadin	Agori	Gbodjo	Kanssounkpa	Total
Nombre d'enquêtées	11	16	3	8	3	10	51
Cas de refus	5	5	0	1	1	4	16
Réponses favorables	6	11	3	7	2	6	35

Source : Résultats des travaux d'échantillonnage et d'enquêtes – juin 2013

Un questionnaire, dont une copie est en annexe, a été élaboré puis administré aux enquêtés. Composé essentiellement de questions fermées, ledit questionnaire a permis de recueillir les données qui ont été traitées par la suite. Les informations recueillies par questionnaire ont été complétées ou approfondies par des entretiens avec des personnes ayant une certaine connaissance du sujet (médecins-gynécologues, psychologues, sages femmes....)

Pour un traitement rapide des données, nous avons utilisé l'outil informatique. Les résultats des divers questionnaires sont saisis dans des tableaux élaborés à partir du logiciel Microsoft Excel.

Les résultats des enquêtes sont présentés sous forme de tableaux permettant d'avoir une bonne compréhension des données. Dans cet exercice, toute cause supposée, qui est confirmée par au moins cinquante et un pour cent (51%) de l'ensemble des résultats recueillis, sera considérée comme cause réelle du problème.

### 2.3.1. **Recherches documentaires**

Nous avons commencé cette recherche par une documentation qui nous a amenés à consulter des sources physiques de documentation ainsi que des sources numériques.

- **Sources physiques**

L'étude documentaire nous a amenés à visiter plusieurs bibliothèques. Il s'agit des bibliothèques de la FLASH, de l'UAC, de la FSS. Ces visites nous ont permis de prendre connaissance de la thématique à travers des ouvrages généraux, des articles, des journaux et des mémoires.

Cette documentation nous a permis d'avoir beaucoup d'informations sur les travaux réalisés dans ce domaine, les approches d'analyse utilisée, et les résultats obtenus. Par conséquent, elle a constitué pour nous, un support de base pour l'appréhension de la question en étude.

- **Sources numériques**

En dehors des ouvrages physiques, notre connaissance du problème de la stérilité des femmes a été substantiellement enrichie par des ouvrages consultés en ligne sur google livres. Cette source nous a permis d'avoir accès à une documentation doctrinale récente ayant traité du sujet.

A la suite de ce recueil de documentation, il nous a fallu procéder à la collecte des données d'enquêtes.

### 2.3.2. **Enquêtes de terrain**

En vue de réaliser les enquêtes nécessaires, nous avons procédé à un échantillonnage après la définition de la population cible. Par la suite nous avons réalisé la collecte par l'intermédiaire des techniques de collecte.

- **Echantillonnage et techniques de collecte des données**

Il s'agit tout d'abord pour nous de déterminer, dans le compte de cette recherche, les personnes susceptibles de nous fournir des informations

indispensables, de qualité fiable et "traitable". Nos réflexions nous ont amené à identifier deux groupes cibles :

- la première est constituée "des femmes en situation" c'est-à-dire des femmes en état de stérilité qui sont en quête d'enfants à tout prix. Pour constituer ce groupe, nous avons pris les patientes en situation reçues à la Clinique Coopérative d'Abomey-Calavi lors de notre stage et des personnes de notre entourage ou des femmes indiquées par des connaissances et qui vivent cette situation de quête d'enfant. Compte tenu de la douleur et de la sensibilité du sujet, nous n'avons pu rencontrer dans ce groupe que 21 femmes.
- la seconde, est constituée de femmes ayant été en situation et qui par la force de traitement ou méthodes diverses sont devenues mères. A ce niveau, grâce à nos proches et aux relations, nous en avons identifiés 14.

Il s'agit donc d'un échantillonnage différencié qui nous a servi de cible à la mise en œuvre des techniques de collecte de données.

Trois techniques de collecte de données ont été utilisées. Il s'agit de l'observation, de l'entretien et de l'administration de questionnaire.

L'observation est une technique importante utilisée en science sociale. Elle constitue elle-même une investigation et aussi la condition préalable à toute autre forme d'investigation. Nous avons utilisé cette technique pour nous rendre compte des émotions et de la profondeur de la détresse de ces femmes.

Un questionnaire a été élaboré puis administré aux enquêtés afin de recueillir et de traiter les données pour mieux cerner les contours du thème de recherche. Les données recueillies par questionnaire ont été complétées et approfondies par des entretiens avec ces femmes ou certaines personnes au parfum de ce problème (médecin gynécologue, psychologues, femmes en état de stérilité ou parents de femmes en état de stérilité)

Les résultats des enquêtes sont saisis dans des tableaux élaborés à partir du logiciel Microsoft Excel puis analysés afin de procéder à la détermination de causes réelles de chacun des problèmes spécifiques. Pour ce faire, notre seuil de décision est fixé à cinquante et un pour cent (51%),

compte tenu de la taille de la population des enquêtés. Ainsi, pour toute cause supposée, l'hypothèse y afférente sera confirmée si au moins cinquante et un pour cent (51%) des réponses recueillies témoignent en sa faveur. Le postulat de base pour apprécier le caractère significatif de l'étude menée est qu'au moins deux des trois hypothèses posées soient vérifiées.

Tout n'a pas été cependant aisé comme nous l'avons prévu au départ. Quelques difficultés ont été rencontrées en chemin.

#### **2.4. Difficultés rencontrées**

Nous avons été confrontés au cours de cette étude à de nombreuses difficultés au nombre desquelles nous pouvons citer :

- ✓ l'insuffisance de la documentation relative à la stérilité des femmes au Bénin ;
- ✓ la difficulté d'accéder aux victimes, liée à l'inexistence de structure de prise en charge psychologique des femmes en état de stérilité;
- ✓ la réticence des femmes à nous fournir certaines informations compte tenu de la sensibilité du sujet, du réveil de la douleur psychique ;
- ✓ l'insuffisance de moyens financiers ; certaines femmes victimes à interroger résident dans des endroits très éloignés du centre ville d'Abomey-Calavi. Leur indisponibilité obligeant à reprendre plusieurs rencontres avant d'administrer le questionnaire nous a quelque fois posé des problèmes. Ce qui a limité nos efforts et par surcroît, nos résultats.

Ces difficultés ainsi énumérées ne nous ont cependant pas empêchés de mener le travail à terme. Nous avons donc pu, malgré tout, réaliser la collecte des données sur le terrain. La deuxième partie de notre travail sera donc consacrée à la présentation des résultats obtenus et aux propositions d'approche de solution pour remédier à la situation.

## **2.5. Etudes de cas**

Afin de conforter nos analyses, nous partagerons ici des témoignages, sur le vécu de quatre femmes rencontrées ou dont l'histoire nous a été contée par un proche. Ces témoignages sont regroupés par type de stérilité primaire ou secondaire ; pour les besoins de protection de la vie privée de ces personnes, leur identité ne sera pas révélée.

### **2.5.1. Illustration clinique n° 1**

Madame R est une commerçante, âgée de 35 ans au moment des faits. Elle s'est mariée à un homme polygame, qui a déjà deux femmes. Ces deux premières femmes ont plusieurs enfants de lui. Madame R ne tombe pas enceinte malgré les relations sexuelles qu'elle avait régulièrement avec son mari.

Les années passaient et elle n'a toujours pas d'enfant. Elle se sentait désemparée parmi ses coépouses. Frustration, colère, jalousie, dépression étaient son lot quotidien.

Un jour, elle a pu convaincre le mari de l'amener chez un guérisseur de renom afin qu'elle puisse enfanter. Cela fut fait, et ce guérisseur, suite à plusieurs sacrifices a promis à Madame R d'intercepter un enfant pour elle. Plusieurs interdits à observer ont été énumérés. Quelques mois plus tard, Madame R est tombée enceinte et a accouché une fille.

Après l'accouchement, le bébé adoptait parfois des positions bizarres. Madame R et son mari étaient repartis expliquer ce comportement du bébé au vieux guérisseur. Ce dernier leur a dit de revenir avec deux photos de la fille. Etant repartis quelques jours plus tard avec les deux photos, le guérisseur, après avoir fait des signes du Fâ derrière les photos, leur a retourné une et leur en a dit qu'au fait, l'enfant n'était pas en réalité leur fille. Il a ensuite demandé à Madame R que l'enfant ne voit jamais cette photo.

Quelques dizaines d'années plus tard, le mari est décédé, de même que Madame R quelques années plus. La fille a grandi et avait un comportement

hors norme. Elle a fini par se marier à un homme d'âge avancé. Intrigué par les comportements de son épouse, le mari s'est rendu auprès d'un prêtre du Fâ qui lui a appris que sa femme n'est pas normale et qu'elle est un esprit. Il a aussi appris l'histoire de la photo. Le mari de la fille a raconté tout ce qu'il a appris à sa femme, la fille de Madame R. Malgré l'interdiction de voir la photo, la fille est allée dans la chambre de sa mère défunte pour rechercher cette photo ; après des fouilles elle a fini par retrouver la fameuse photo. Dès le lendemain, elle a vu apparaître les stigmates qui étaient derrière cette photo sur son bras. A partir de ce jour, plus rien n'a été normale : des crises violentes se succèdent ; il s'agit d'une sorte de folie entrecoupée de quelques rares moments de lucidité et dans ces moments, elle perd tout contrôle et casse tout sur son passage. Insupportable par la famille du mari, elle fut renvoyée chez elle. Le mari mourut quelque mois plus tard. L'esprit en elle l'amène à la violence en toute circonstance et personne ne sut comment elle mourut. Tout ce que l'on put savoir, c'est qu'elle décéda et a été inhumée dans le village où résidait le guérisseur qui l'a amenée au monde. Triste épilogue d'une quête d'enfant satisfaite mais cette fin vaut-elle tout l'investissement consenti ?

### 2.5.2. Illustration clinique n°2

Je me nomme Madame N. Je suis enseignante du primaire, mariée, et âgée de 32 ans. J'ai connu mon mari depuis six ans. Un an après notre rencontre, nous avons décidé d'avoir un enfant. Il était alors âgé de 35 ans et moi de 27 ans. Mais mois après mois, les échecs se succédaient. Le temps passait et toujours pas l'ombre d'une grossesse à l'horizon. Chaque mois, la même question cruciale me pétrifie à l'approche de mes règles : cette fois-ci, est-ce la bonne? Je décide de consulter un gynécologue au bout d'un an et nous découvrons qu'une trompe était bouchée. Le gynécologue a essayé de la déboucher. Quelques mois après cette opération, le gynécologue réalise que la seconde trompe a aussi bouchée. On fait encore l'opération. Le médecin m'a débouché les trompes plusieurs fois. Cette opération est très douloureuse. Je me soumetts à divers examens plus ou moins lourds, qui diagnostiquaient une infertilité, à confirmer. Les médecins commencèrent à

me prescrire divers médicaments. Ma petite sœur donna alors naissance à sa première fille. Cette petite nièce devint alors ma petite poupée: je passe un temps fou avec elle, je la coiffe, l'habille, la pouponne.... Deux ans et demi s'écoulèrent ainsi et nos essais demeurèrent infructueux. Ma sœur retomba encore enceinte. Ce fut un petit garçon. J'appris la nouvelle, et je fus contente pour elle. Mais j'avais un petit pincement au cœur. Quelques mois après, elle accoucha pour la seconde fois, un beau petit bébé. Mais je n'eus plus la même approche. J'avais peur de me lier à lui. La douleur est trop vive et cela me rappela que mon mari et moi n'arrivions toujours pas à avoir un enfant.

2010, toujours rien. Les examens se succédèrent, les médicaments ne fonctionnaient pas. Et la colère montait. Les souvenirs de mon enfance me revenaient de plein fouet. Je ne supportais plus les enfants des autres. Je ne pouvais plus les prendre dans mes bras. Ce fut le blocage. 2011, une nouvelle opération révéla que mes deux trompes étaient bouchées. Les médecins me parlaient d'enlever les deux. Par chance, le chirurgien parvint à les sauver. Aujourd'hui, mon infertilité est reconnue. Mon mari n'en parle pas beaucoup, et ne montre pas sa douleur. J'essaie un nouveau traitement, plutôt contraignant. Piqûres, échographies, prises de sang... Autant d'examens qui nécessitent une grande disponibilité. Heureusement, mon travail me le permet et mes collègues sont compréhensifs. Mais après 4 ans d'essais, je suis devenue dure. Je ne supporte plus les femmes enceintes. Je ne supporte plus de voir un couple heureux avec ses enfants. Pourquoi la vie me prive-t-elle de cette maternité dont je rêve tant ?

### 2.5.3. **Illustration clinique n°3**

Je suis Madame F. Je suis ménagère âgée de 35 ans et chrétienne. Mon histoire est vraiment longue, mais je vais quand même commencer par ce fameux début.

J'étais en apprentissage quand je suis tombée enceinte d'un enseignant. Après la naissance du bébé, ce dernier n'a pas voulu se marier

avec moi. J'étais très maltraitée par sa cousine. C'est cette dernière qui servait d'intermédiaire entre moi et mon mari malgré qu'on fût ensemble. A ma grande surprise, un jour, j'ai surpris mon mari entretenir des relations intimes avec cette cousine dans le lit conjugal. Mon enfant avait à peine deux ans quand il m'a retiré l'enfant et m'a jeté au dehors.

Environ cinq ans après, j'ai rencontré celui avec qui je vis actuellement. Nous avons commencé par mener une vie maritale. Les années sont passées et après quatre ans d'essais pour avoir un bébé, on m'a examinée à l'hôpital mais tout était normal. Je suis en souffrance. J'ai peur de perdre mon mari. Je ne supporte plus de voir toutes ces femmes enceintes aux ventres bien arrondis, je ne supporte plus de rester dans les salles d'attente en gynécologie, je ne supporte même plus de croiser un couple avec des enfants. Mes parents ayant compris mon désespoir voulait m'aider. J'ai un oncle paternel qui m'a amené vers un charlatan. Ce dernier a demandé plusieurs sacrifices. Tout a été fait. Quelques mois après les sacrifices, je suis tombé enceinte. La grossesse ne m'a pas causé de problème. L'accouchement a été aussi calme. Mais après l'accouchement, mon calvaire a commencé.

L'enfant ne se développe pas. Elle est chétive. Elle est tout le temps malade. Il n'y a pas de semaine où on n'est pas à l'hôpital. Les médecins ne trouvent rien d'important comme maladie qui pourrait mettre l'enfant dans cet état. A un moment donné, j'étais fatiguée de l'amener à l'hôpital et je l'amenaient chez le prêtre du Fâ. Après plusieurs sacrifices, l'état de ma fille ne s'est pas amélioré. J'ai aussi fréquenté les différents groupes de prière avec ma fille sans amélioration.

A deux ans d'âge, ma fille ne pouvait pas se lever. Il n'y a que deux dents dans sa bouche. Elle pèse à peine 5 kilogrammes.

J'étais déboussolée, je ne savais plus où mettre la tête. Mon mari faisait les courses avec moi.

A quatre ans d'âge, ma fille est décédée. Le décès de ma fille a été pour moi comme un ouf de soulagement. Je me disais que c'est le meilleur pour elle et pour moi.

Après le recul, je me pose, cette question essentielle : doit-on avoir un bébé à tout prix ? Jusqu'où faut-il aller ? N'aurait-il pas mieux valu de ne rien faire ?

Ayant rencontré toutes ces difficultés, j'ai pris la décision de mener ma vie sans enfant avec mon mari. Un an environ après cette décision, je suis tombée enceinte de mon mari. Au début, j'étais un peu inquiète à cause des histoires passées.

La grossesse s'est bien déroulée et j'ai bien accouchée. L'enfant était sain et grandit normalement. C'est un garçon bien portant, costaud. Aujourd'hui il va à l'école et il est en classe de CE1.

#### 2.5.4. **Illustration clinique n°4**

Je m'appelle Madame H. Je suis technicienne en réseaux et télécommunication, âgée de 30 ans. J'ai déjà eu une fille avec mon mari. En effet moi et mon mari aurions aimé avoir 4 enfants au total. Après notre premier enfant, je n'arrivais plus à concevoir. Je suis allé consulter chez un gynécologue et le calvaire a commencé. Un jour, je devais faire un examen un peu difficile le test post-coïtal, prélèvement vaginal après rapport sexuel, au fait, le genre de choses qui vous mettent mal à l'aise ; la biologiste met le spéculum, et me dit : « Il n'y a rien. Pas la peine. Rhabillez-vous... » Ce «rien» a fait écho très fort en moi. J'ai essayé de comprendre, elle m'a à peine répondu en me demandant d'abord si le mari était vraiment motivé ! Je ne parvenais pas à y croire. Ce vécu quotidien douloureux est grevé par la médicalisation et ses rites obsessionnelles : la prise quotidienne de la température, premier geste de la journée, qui vient rappeler la stérilité ; la courbe de température qui repère le période « propice » aux rapports sexuels « obligatoires ». De façon inéluctable, il en résulte une perturbation du couple : l'un des conjoints contraint souvent l'autre à avoir des rapports sexuels, lui impose des rapports sur commande qui n'ont plus rien à voir avec le désir et la jouissance et soumettent sa virilité à rude épreuve. Les tests de Hühner avec dates, voire heures des rapports programmés, les interdictions des rapports au cours des jours qui précèdent les tests ;

*l'hystérogaphie*, l'appréhension de la douleur anticipée suivie de la douleur présente ; « si c'est normal, pourquoi ça ne vient pas ? », et si ce n'est pas normal, apparaît le sentiment de l'injustice profonde infligée par mon corps défaillant. Les visites chez le médecin qui participe à l'histoire de la stérilité, en évoquant la compétence de l'un et de l'autre à faire ou ne pas faire d'enfant, font surgir des paroles douloureuses : « mauvaises ovulations », où le « mauvais » désigne la coupable ; « glaire et sperme incompatibles » entendu comme si les conjoints étaient mal choisis, qu'ils n'avaient rien à faire ensemble et surtout pas à concevoir un enfant ensemble.

Bref, je donne ici les premiers exemples qui me passent par la tête mais ils ne sont certainement pas les pires. Je ne comprends pas qu'il n'y ait pas un minimum de respect, même dans une clinique spécialisée. Je ne parle même pas de certains hôpitaux. Je comprends que les médecins soient débordés, mais ils devraient réfléchir au poids des mots qu'ils prononcent. Pour une femme stérile, les mots "rien", "vide", "ovulation médiocre", sans explication aucune, retentissent fort et longtemps. Alors si mes propos étaient portés à leur connaissance, merci de penser à l'avenir à ce qu'ils véhiculent comme espoir et désespoir et qu'ils n'oublient pas que les femmes qui viennent les consulter jouent presque leur vie !

Après quelques années d'insatisfaction, j'ai dit à mon mari ceci : au fait, nous avons un enfant déjà. Pourquoi ne pouvons-nous pas nous contenter de cela ? Que diront ceux qui n'en ont pas du tout ? Baissons les armes et pensons à l'éducation de notre enfant. Mon mari m'approuva et depuis ce jour, j'ai abandonné le traitement et décidé d'oublier cette histoire d'infertilité.

Après deux ans environ, je réalise un jour que j'étais enceinte. Mon mari était surpris. J'ai eu le deuxième enfant sans difficulté majeure.

Enfin j'ai compris que c'est le défaut de prise en charge psychologique qui m'avait bloqué et le fait de mettre la recherche de l'enfant au second plan m'a aidé à sauter le verrou de cette stérilité secondaire.

## **CHAPITRE III : PRESENTATION, ANALYSE, INTERPRETATION DES RESULTATS ET COMMENTAIRES**

### **3.1. Présentation et analyses des résultats**

Il s'agira ici de présenter, dans une première section, les résultats de l'administration de nos questionnaires. La seconde section s'attèlera à faire partager quelques cas spécifiques de situations de femmes en état de stérilité rencontrées.

L'établissement du diagnostic objet du présent paragraphe résultera de l'analyse des données d'enquête recueillies et traitées.

Le traitement et l'analyse des données collectées dans le cadre de notre travail a permis d'une part de lever un coin de voile sur certaines caractéristiques générales de notre population cible notamment le niveau d'études, l'âge moyen et le type de stérilité combattu et d'autre part de déterminer les causes du problème général soulevé, par ricochet de vérifier nos hypothèses de départ. La présentation des résultats de nos enquêtes se fera en 2 parties.

### **3.1.1. Traits caractéristiques généraux des femmes en état de stérilité dans l'Arrondissement d'Abomey-Calavi Centre.**

Il s'agira ici de préciser à partir des résultats d'enquêtes quelques traits spécifiques de la population cible liés au niveau d'études, à l'âge, à la fortune et au type de stérilité.

En ce qui concerne le niveau d'études, le tableau ci-après récapitule le traitement agrégé des données recueillies sur le terrain.

**Tableau n°3 : Répartition selon le niveau d'études**

N°	Niveau d'études	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Sans formation	35	6	17,14
2	Formation professionnelle	35	4	11,43
3	Primaire	35	5	14,29
4	Secondaire	35	9	25,71
5	Maitrise	35	6	17,14
6	BAC+5	35	5	14,29
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Il ressort des données de l'analyse de ce tableau que la classe où la fréquence est la plus forte est celle du niveau d'études secondaires avec 25,71%. Les autres catégories viennent par la suite avec des pourcentages compris entre 11,43 et 17,14. Le résultat significatif qui semble découler de ces données est que toutes les catégories socio-professionnelles sont concernées par la situation de la stérilité.

Les données recueillies sur le niveau de vie<sup>11</sup> des enquêtées et présentées dans le tableau qui suit confirme cette situation.

**Tableau n°4 : Répartition selon le niveau de vie**

N°	Niveau de vie	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Pauvre	35	11	33,43
2	Classe moyenne	35	22	62,86
3	Riche	35	2	5,71
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Aucune classe sociale n'est épargnée par la situation de stérilité. Les pauvres sont atteints avec 33,43%, la classe moyenne 62,86% et les riches avec 5,71% de la population. La faible concentration observée au niveau des riches peut vouloir dire que les ressources financières abondantes de cette

<sup>11</sup> Niveau de vie : le niveau de vie indiqué dans les résultats est basé sur l'apparence. Les éléments pris en compte pour faire cette distinction sont entre autres le standing de la maison habitée, la présentation physique, les équipements observés (voiture, moto, ...), l'emploi occupé...

classe leur offre plus de possibilité de solution comparativement aux femmes des autres classes.

Les renseignements recueillis sur l'âge des personnes en situation permettent de dégager quelques informations significatives.

**Tableau n°5 : Répartition selon l'âge des enquêtés**

N°	Age	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	18-24 ans	35	0	0
2	25-30 ans	35	8	22,86
3	31-35 ans	35	23	68,57
4	Plus de 36 ans	35	4	8,57
	<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100</b>

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

En effet, dans ce tableau, sur les 35 enquêtées, aucune n'appartient à la classe des [18-24 ans]. La classe des [25-30 ans] obtient 22,86%, celle de [31-35 ans] 68,57% et celle des plus de 36 ans, 8,57%. Il découle de ces que résultats le problème du constat de stérilité et la recherche d'enfant à tout prix s'installe avec l'âge. Tout semble indiquer qu'à 18-24 ans, les femmes de la zone d'études ne sont pas très préoccupées par des problèmes de conception. Entre 25 et 30 ans, la préoccupation s'installe mais la femme se dit que l'espoir reste permis et qu'il n'est pas encore tard pour être mère. Le désir d'être mère atteint son paroxysme avec ses inquiétudes et ses angoisses entre 31 et 35 ans.

L'administration du questionnaire nous a également permis de recueillir des données par rapport au type d'état de stérilité. Le tableau ci-après récapitule les résultats obtenus à ce niveau.

**Tableau n°6 : Répartition selon le type de stérilité**

N°	Type de stérilité	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Primaire	35	27	77,14
2	Infécondité	35	3	8,57
3	Secondaire	35	5	14,29
	<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100</b>

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Il ressort de ce tableau que le cas le plus rencontré dans l'échantillon est celui de la stérilité primaire (77,14%). Il s'agit des femmes qui n'ont jamais conçu. Viennent en deuxième position les cas de stérilité secondaire (14,29%). Il s'agit des femmes qui ont mené à terme une grossesse mais qui depuis cette situation n'ont plus conçu à nouveau. Différentes raisons poussent ces femmes à vouloir concevoir à nouveau. Il s'agit du décès de l'enfant conçu, du remariage avec un autre homme qui désire un enfant, de l'état de l'enfant (malade ou attardé). Le type de stérilité ayant reçu le faible taux est celui d'infécondité (8,57%). Il s'agit des cas des enquêtées qui conçoivent à des intervalles très irrégulières mais dont les grossesses s'arrêtent par fausses couches avant 1 ou 2 mois.

### **3.1.2. Présentation des résultats par hypothèse spécifiques.**

Rappelons qu'au départ face à notre problème général de recherche d'enfant à tout prix, nous avons évoqués trois hypothèses spécifiques. Il s'agit de :

- La recherche de l'enfant à tout prix est due à la pression familiale.
- Le défaut de prise en charge psychologique de la femme stérile est à la base de la recherche de l'enfant à tout prix.
- La recherche de l'enfant à tout prix engendre des désillusions qui enfonce encore plus la femme stérile dans sa stérilité.

Sur la base des données recueillies, nous allons présenter par hypothèse les résultats obtenus.

*a- Présentation des résultats par rapport à l'hypothèse 1 : la recherche de l'enfant à tout prix est due à la pression familiale*

La première préoccupation fondamentale à laquelle nous sommes attelées était de savoir quels sont les facteurs principaux qui poussent la femme en état de stérilité à rechercher un enfant à tout prix. Nous savions bien que la littérature dispose des indications sur la question et nous n'avons pas voulu nous arrêter à cela. Nous nous sommes dit par exemple qu'au-delà du désir inné de la femme d'être mère, certains facteurs typiques

peuvent décupler le recours de la femme en état de stérilité à tous moyens pour avoir un enfant à tout prix. Au regard des différents facteurs probables, nous avons projeté que la pression venant de la famille serait la plus forte. Nous avons estimé également que les réponses pourraient être plus indicatives si elles provenaient des femmes concernées. Le tableau suivant présente les résultats obtenus par rapport à cette question.

**Tableau n°7 : Facteurs contribuant à la recherche de l'enfant à tout prix.**

N°	Facteurs	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Désir d'un héritier pour sa vieillesse	35	2	5,71
2	Appartenance à une union polygamique à coépouse ayant d'enfants	35	11	31,43
3	Désir d'en finir avec les railleries de la belle famille	35	18	51,43
4	Moqueries /pitié des amis et collègues	35	1	2,86
5	Remariage	35	3	8,57
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Il ressort des résultats du traitement des données issues de l'enquête de terrain que pour 5,71% de femmes en situation, c'est le désir d'avoir un héritier pour s'occuper d'elles dans leurs vieux jours qui titille leur volonté à rechercher un enfant à tout prix. Pour d'autres, 31,43%, c'est l'appartenance à un ménage polygamique dans lesquels une ou plusieurs coépouses ont des enfants qui les pousse à agir. Par contre, 51,43% estiment que leur engagement dans cette voie est dicté par leur désir d'en finir avec les railleries de la belle famille. Pour 2,86%, cette décision est prise pour mettre fin aux moqueries ou à la pitié ressentie par des amis et collègues et pour 8,57%, il s'agit du désir de donner un enfant à un nouveau mari afin d'ancrer leur légitimité.

Au regard de ces résultats, on peut dire que les modalités ayant reçu plus de choix sont celles liées à la famille, à l'entourage immédiat de la femme en état de stérilité (conjoint, coépouse, belle famille...). Le cumul des valeurs reçues par les facteurs relatifs à la famille est établi à 82,86%. Il

s'ensuit donc, en application du seuil de décision préalablement choisi, que la cause réelle motivatrice de la recherche d'enfant à tout prix est effectivement la pression familiale.

*b- Présentation des résultats par rapport à l'hypothèse 2: le défaut de prise en charge psychologique de la femme stérile est à la base de la recherche de l'enfant à tout prix*

Le tableau n°8 qui suit présente les résultats des données recueillies par rapport au traitement suivi par ces femmes.

**Tableau n°8 : Prise en charge des femmes en état de stérilité**

N°	Type de traitement suivi	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Médical gynécologique	35	3	8,57
2	Médical psychologique	35	0	0
3	Médical traditionnel	35	18	51,43
4	Spirituel	35	14	40,00
5	Autres traitement	35	0	0
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Il ressort de ces données qu'en ce qui concerne la prise en charge, toutes les femmes enquêtées ont suivi un traitement qu'il soit médical ou spirituel. L'enseignement premier qui découle de cette information est que l'inaction ne caractérise pas ces femmes et ceci se manifeste par le recours à l'une ou l'autre solution. Les voies les plus empruntées sont celles médicales traditionnelles avec 51,43%, la voie spirituelle 40% et le traitement médical 8,57%. Il est à préciser que le traitement médical moderne dont il est question est relatif aux consultations, aux conseils et suivis gynécologiques. C'est ce que précise le tableau 9 qui suit qui indique qu'aucun des individus de l'enquête n'a eu recours à la procréation médicalement assistée (PMA).

**Tableau n°9 : Procréation Médicalement Assistée (PMA) et association de traitement**

N°	PMA et association de traitement	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Recours à la PMA	35	0	0
2	Informations sur la PMA	35	9	25,71
3	Association de traitement médical moderne et spirituel	35	20	57,14
4	Association de traitement médical traditionnel et spirituel	35	25	71,43

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

La majorité des personnes interrogées (74,29%) n'a d'ailleurs aucune information sur cette méthode et ceux qui en savent quelque chose (25,71%) jugent le recours à ce procédé excessivement onéreux par rapport à leur bourse.

Il est également à signaler que des cas de combinaison de traitement ont été recensés. L'association la plus utilisée est le traitement médical traditionnel et le traitement spirituel (71,43%), le traitement médical moderne avec le traitement spirituel (57,14%).

En ce qui concerne la prise en charge médicale psychologique, aucune des femmes enquêtées n'a recours à cette prise en charge bien qu'elles soient confrontées à des problèmes importants de nature psychologique. Le tableau qui suit fait état des données recueillies dans ce cadre.

**Tableau n°10 : Problèmes psychologiques des femmes en état de stérilité**

N°	Type de problème	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Soucis	35	35	100
2	Insomnie/cauchemars	35	24	68,57
3	Dépression	35	34	97,14
4	Nervosité	35	29	82,86
5	Agressivité envers le conjoint	35	32	91,43
6	Agressivité envers les enfants	35	27	77,14
7	Sentiment de jalousie	35	31	88,57
8	Perte du désir sexuel	35	23	65,71
9	Asthénie généralisée	35	35	100
10	Alcoolisme	35	3	8,57
11	Tabagisme	35	0	0
	<b>Total</b>	<b>35</b>		

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Il ressort de ce tableau que nombreux sont les problèmes psychologiques auxquels elles sont confrontées (soucis 100%, insomnie/cauchemars 68,57 %, nervosité 97,14%, agressivité 82,86%.....) mais le paradoxe est qu'elles ne savent souvent même pas si une prise en charge susceptible d'améliorer leur état par rapport à leur quête est possible. Par ailleurs, la profondeur de l'atteinte psychologique se ressent également dans la vie sexuelle de ces femmes. Le tableau n°11 qui suit rend compte de cette situation.

**Tableau n°11 : Problèmes sexuels des femmes en état de stérilité**

N°	Type de problème	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Rapports sexuels irréguliers	35	34	97,14
2	Rapports sexuels douloureux	35	31	88,57
3	Rapport sexuel mécaniques	35	33	94,29
4	Perte du désir sexuel	35	29	82,86
	<b>Total</b>	<b>35</b>		

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Les données du tableau montrent une disharmonie totale des conjoints qui aux dires des femmes, s'installe progressivement au fil des années. Les rapports sexuels programmés obligatoires pendant les traitements tuent progressivement tout désir de l'acte sexuel. L'acte devient irrégulier, sans aucune satisfaction et de ce fait parfois très douloureux.

Face à ces différents problèmes vécus par ces femmes, une prise en charge psychologique, seule dans certains cas ou associée à un traitement médical dans d'autres, aurait pu aider ces femmes à d'abord assumer leur état, dépasser les moqueries et angoisses et éviter toute forme de dépression qui y sont relatifs pour aller ensuite vers des solutions acceptables et efficaces.

Il s'ensuit que partant du seuil de 51% préalablement fixé pour la vérification des hypothèses, on peut affirmer ici que le défaut de prise en charge psychologique est effectivement à la base de la course vers l'enfant à tout prix.

*c- Présentation des résultats par rapport à l'hypothèse 3 : la recherche de l'enfant à tout prix engendre des désillusions qui enfoncent encore plus la femme stérile dans sa stérilité*

Les éléments d'appréciation auxquels nous nous sommes intéressés pour vérifier cette hypothèse sont ceux liés aux résultats obtenus par ces femmes en état de stérilité dans leur course pour avoir un enfant à tout prix. Aussi avons-nous voulu savoir si la quête a pu être couronnée de succès (naissance de l'enfant recherché par exemple) ou a abouti à des résultats négatifs. Le tableau n°12 qui suit fait état des données recueillies à ce sujet.

**Tableau n°12 : Résultats des recours aux prises en charge diverses**

N°	Résultat obtenu	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Rien	35	23	65,71
2	Fécondité	35	2	5,71
3	Aggravation	35	7	20,00
4	Naissance	35	3	8,57
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Les données du tableau ci-dessus sont assez éloquentes sur la stérilité de cette course à l'enfant car la majorité de la recherche est un insuccès : 91,43% d'échec dont 20% de situation aggravée et 5,71% de grossesse conçu mais non arrivée à terme. On peut donc dire que les prises en charge actuelles suivies par ces femmes sont pratiquement inopérantes. Quelques cas de naissance ont été cependant enregistrés (8,57%). Pour mieux apprécier de manière qualitative ces données, nous nous sommes focalisés sur les motifs d'aggravation de l'état des femmes enquêtées évoqué par les enquêtées. Le tableau qui suit présente les résultats issus du traitement des données recueillies.

**Tableau n°13 : Problèmes relatifs aux traitements suivis**

N°	Résultat obtenu	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Sentiment d'inutilité	7	6	85,71
2	Escroquerie	7	5	77,14
3	Coût du/des traitements	7	7	100
4	Poids du/des traitements	7	7	100
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	

Source : Données d'enquêtes – juin 2013

Au regard de ces données, on peut dire que dans cette quête, les femmes sont victimes de situations qui rendent leurs cas plus désespérés. Au nombre de ces situations figurent l'installation d'un sentiment d'inutilité de sa personne dans la société suite aux différents échecs. Figurent également dans ce registre les escroqueries opérées par les vendeurs d'illusions qui promettent contre de fortes sommes d'argent et des sacrifices la naissance d'un enfant qui ne vient jamais. La profusion de nos radios locales favorise ce trafic dont les victimes sont nombreuses. En dehors de cas d'escroquerie, d'autres femmes font état, des cas de traitement où parfois le coût financier, compte tenu des rites et sacrifices, est énorme.

Parfois c'est le poids même du traitement qui rebute : les cérémonies, les relations sexuelles programmées, les décoctions et tisanes à ingurgiter, les relations sexuelles infidèles avec le guérisseur sont autant de choses qui installent la plupart des femmes dans un sentiment d'amères désillusions. Pendant l'enquête, il nous a été aisé de constater ce sentiment au niveau de la majorité des enquêtées.

Les seules exceptions constatées sont au niveau des femmes qui continuent d'entretenir l'espoir et qui se rendent au niveau des églises ou des groupes de prière pour des traitements spirituels.

Au-delà de ces éléments négatifs, il nous est apparu que la naissance finale d'un enfant peut être la source d'une blessure psychique plus profonde de la femme ayant recherché un enfant à tout prix. En effet, sur les 35 individus de notre échantillon, 3 seulement ont fait état de naissance d'enfant soit 8,57%. Ce pourcentage quantitativement est peut-être faible mais pas négligeable. Pour apprécier ce résultat au plan qualitatif, nous

nous sommes intéressés à l'état de santé de ces enfants. Le tableau suivant récapitule les éléments d'appréciation obtenus.

**Tableau n°14 : Etat de santé des naissances enregistrées**

N°	Naissance enregistrée	Fréquence attendue	Fréquence obtenue	Pourcentage %
1	Enfant né en bonne santé	3	1	33,33
2	Enfant mort né	3	1	33,33
3	Enfant attardé	3	1	33,33
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Source : Données d'enquêtes juin 2013

Au regard de ces données, sur les trois naissances enregistrées, seul un enfant est en bonne santé soit un rapport de 33,33%. L'un des enfants est mort né et l'autre est attardé et souffre de divers retards notamment de croissance, de mobilité et d'intelligence. Il découle de cette situation que même lorsque la recherche sans aucune précaution psychologique arrivait à aboutir, d'autres difficultés encore plus blessantes pourraient surgir. C'est le cas de l'enfant fragile décédé et de l'enfant attardé qui constitue à ce jour, un lourd fardeau pour la génitrice. Cette situation handicapante est corroborée par de nombreux cas hors échantillons que d'autres entretiens et discussions nous ont permis d'identifier. Nous en évoquerons quelques uns en guise de témoignages, tout en modifiant les identités des personnes concernées, dans la suite de notre travail.

Il découle de ce qui précède que la recherche de l'enfant à tout prix enfonce encore plus la femme stérile dans sa stérilité, 91,43% des personnes enquêtées étant dans cette situation.

### **3.2. Interprétation des résultats et établissement du diagnostic**

L'établissement du diagnostic passera par la vérification des hypothèses de base.

En définissant les objectifs de notre étude, nous avons formulé trois hypothèses spécifiques à partir des causes probables supposées pour expliquer notre problème général qu'est la recherche d'un enfant à tout prix. Les données collectées et analysées ci-dessus ont permis de déceler les causes et facteurs divers concourant au phénomène. Il s'agira donc ici de vérifier si ces causes identifiées sont conformes aux hypothèses de départ. Il convient de rappeler que nos hypothèses de départ sont les suivantes :

- La recherche de l'enfant à tout prix est due à la pression familiale.
- Le défaut de prise en charge psychologique de la femme stérile est à la base de la recherche de l'enfant à tout prix.
- La recherche de l'enfant à tout prix engendre des désillusions qui enfoncent encore plus la femme stérile dans sa stérilité.

La réalisation du diagnostic reposant sur le postulat selon lequel toutes les hypothèses doivent être vérifiées, l'analyse des données collectées sur le terrain a permis de réaliser cette condition. Le diagnostic établi par rapport au problème général de recherche d'enfant à tout prix se présente comme suit :

*- Élément de diagnostic n°1*

La recherche de l'enfant à tout prix est due à la pression familiale.

*- Élément de diagnostic n°2*

Le défaut de prise en charge psychologique de la femme stérile est à la base de la recherche de l'enfant à tout prix.

*- Élément de diagnostic n°3*

La recherche de l'enfant à tout prix engendre des désillusions qui enfoncent encore plus la femme stérile dans sa stérilité.

Notre diagnostic établi, il nous est maintenant possible de rechercher des approches de solutions à notre problème fondamental. Cependant, avant d'aller à cette étape, certains cas particuliers de stérilité, typiques aux réalités béninoises méritent d'être signalés.

## **CHAPITRE IV : DISCUSSION ET SUGGESTIONS**

Trois conséquences retiendront notre attention, il s'agit de la psychologisation, du poids de la médicalisation et de la découverte de l'univers médical.

### **4.1. La psychologisation**

Du point de vue psychologique, la stérilité est incontestablement une très grande souffrance pour le couple. Car elle porte atteinte à l'identité même du couple dont la vocation procréatrice fait partie intégrante. Les réactions des personnes qui se voient empêchées de réaliser une telle vocation peuvent être intenses et accablantes.

#### **4.1.1. Les aspects psychologiques de la stérilité féminine**

Quand l'équilibre psychique d'un ou des deux membres du couple est perturbé, forcément la vie sexuelle s'en trouve affectée. Les réactions les plus communément observées sont le reflet du tarissement du désir. Ces réactions sont :

- la diminution de la fréquence des rapports sexuels
- la diminution de la qualité et de l'intensité du rapport
- la diminution de la fréquence des échanges affectifs
- l'apparition de dyspareunies et de troubles de l'orgasme chez la femme
- le retour aux comportements masturbatoires et à la sexualité phantasmatique
- enfin dans de rares cas, la sexualité s'éteint complètement avec apparition parfois de comportement de recherche d'autres partenaires.

#### **4.1.2. Le stress lié au "droit à l'enfant"**

On se doit d'avoir un enfant pour s'acquitter d'une dette transgénérationnelle. On doit également un petit-enfant à ses grands-parents. Telle est bien la souffrance des femmes qui n'arrivent pas à procréer, et, plus que d'une blessure narcissique personnelle, il s'agit d'une souffrance de ne pouvoir s'acquitter d'une dette. Ce sont là les véritables coulisses du désir d'enfant.

#### **4.1.3. La jalousie**

L'une des conditions suivantes suffit à faire naître l'envie: le déplaisir qu'inspire le succès d'autrui ou le désir de s'appropriier le bien d'autrui. On voit que la femme en mal d'enfant répond souvent aux deux critères simultanément. En l'occurrence, il ne s'agit pas d'un simple déplaisir, mais plutôt d'une souffrance aiguë, qui inonde l'âme comme une passion. Elle s'accompagne souvent de fantasmes de meurtre, au point qu'elle oblige la femme à une conduite d'évitement des bébés et de leurs mères.

#### **4.1.4. La dépression**

Dans cette situation, la demande d'enfant est surdéterminée, ce qui lui confère des caractères cliniques bien particuliers. C'est une demande exigeante, urgente, revendicatrice, voire agressive. La souffrance que recouvre cette demande est intense, exprimée en terme de sentiment d'échec et de honte : honte du dysfonctionnement du corps, honte par rapport aux femmes normales, honte de ne pas être à la hauteur. Le besoin d'enfant occupe tout le champ de l'esprit, c'est une idée unique qui ne donne lieu à aucune fantaisie imaginative.

#### **4.1.5. Le stress lié au poids du secret**

Il faut sauver les apparences. Pour cela, il faut garder au secret la stérilité de la femme.

En effet, le secret semble la plupart du temps plus acceptable pour les couples que la transparence, d'où un état de stress permanent pouvant conduire à des maladies graves, au désespoir et au suicide.

## **4.2. Les aspects sociologiques de la stérilité féminine**

### **4.2.1. La réaction face à soi-même ou face au conjoint**

Au niveau individuel, la femme stérile peut se sentir coupable, voire humiliée. L'image qu'elle se fait d'elle-même risque d'être sérieusement entamée. La grande souffrance à laquelle elle est exposée peut engendrer chez elle des réactions d'agressivité, de fatalisme ou de fuite. Le manque de maîtrise de soi, la culpabilité, la colère, la honte ou le ressentiment sont capables d'altérer le comportement et de contribuer davantage à la destruction de la relation au sein du couple. La femme stérile court aussi le risque de gravir, au niveau psychologique, des étapes qui incluent le déni (le refus d'admettre la réalité), le chagrin et la détermination de chercher la solution qui peut se muer en une obsession de la procréation.

Malgré que la stérilité soit un fait du couple, la femme en Afrique en est la première victime. Ceci semble bien trouver une explication à travers la condition de la femme que P. MENRAD décrit avec lucidité par ces titres : née pour travailler (le travail domestique) », née pour procréer », « née pour se taire ». La femme est parfois la première à être reconnue responsable ou cause de la stérilité du couple par son propre mari. L'explication supplémentaire qu'offre MENRAD à ce propos est édifiant :

Le rôle de la femme est inconcevable sans la procréation. On ne peut imaginer que le nombre d'enfant soit limité puisque la valeur d'une épouse est fondée en partie sur sa progéniture. Pour les hommes, rien n'est pire qu'une épouse stérile et rien n'est plus glorieux qu'une épouse enceinte.

### **4.2.2. La réaction de l'entourage**

La femme stérile peut se sentir anormale, exclue de la vie sociale ; soumise à des tensions internes, elle est choquée par les réactions plus ou moins gênantes de l'entourage. Ces réactions peuvent aller des moqueries, en passant par des injures, des paroles déplacées, jusqu'à l'agression physique dans le milieu. La femme stérile peut y répondre par le ressentiment, la haine ou le repli sur soi-même. D'autre part, il est possible que le sentiment de chagrin qui lacère la femme stérile soit exacerbé suite

aux conseils appropriés certes mais jugés blessants, provenant des parents, des amis ou même des étrangers.

### **4.3. Le poids de la médicalisation et la découverte de l'univers médical**

Il s'agira de faire état du poids de la médicalisation et de la réaction face à l'univers médical.

#### **4.3.1. Le poids de la médicalisation**

La pratique médicale n'apporte pas simplement la thérapie qui guérit ou du moins un palliatif à la stérilité, mais quelques fois d'autres réactions subséquentes. On le remarque surtout dans les traitements de longue durée et suite à des échecs thérapeutiques. Avec la prise en charge médicale, la femme soumise chaque mois aux tests est torturée par le souvenir d'échecs certifiés par les tests antérieurs. Les événements liés à la reproduction ou au cycle menstruel deviennent l'objet d'une grande attention et quelques fois d'anxiété qui trouble la fécondité.

Des décoctions, des tisanes, des pratiques endogènes qui parfois mettent la femme en quête d'enfant hors de ses attentes.

Au cours de cette phase, les femmes cherchent des réponses. Les examens médicaux auxquels elles se soumettent pour déterminer la cause de leur infertilité peuvent être exténuants et générateurs d'anxiété. Pour de nombreuses femmes, les examens médicaux deviennent une préoccupation envahissante :

- la prise quotidienne de température, premier geste de la journée, qui vient rappeler la stérilité ;

- la courbe de température qui repère la période « propice » aux rapports sexuels « obligatoires » constituent de façon inéluctable, une perturbation du couple. En effet ces rapports sur commande qui n'ont plus

rien à voir avec le désir et la jouissance et soumettent la virilité de l'homme à de rudes épreuves sans oublier l'humiliation subie par la femme.

C'est le stade où le stress atteint son sommet. Les traitements invasifs peuvent devenir financièrement, psychologiquement et physiquement épuisants. La période de traitement est souvent un moment dominé par des sentiments de colère, de frustration, d'anxiété et le sentiment d'être les victimes des médicaments, des médecins et de la technologie. Les rapports sexuels peuvent devenir une corvée et constitue un terrain favorable à l'expression de diverses émotions négatives.

C'est une période de hauts et de bas émotionnels très intenses. Au début du traitement, la femme stérile connaît une excitation intense et un grand espoir de succès, pouvant être suivis de déception et de tristesse si une grossesse ne survient pas.

#### **4.3.2. La découverte de l'univers médical**

- La découverte d'un univers médical très technique, déshumanisé ainsi que la pratique d'examens difficiles à effectuer amènent parfois certaines personnes à ne plus supporter ces démarches.
- Certaines femmes se rendent "à reculons" aux rendez vous et effectuent ces examens dans des conditions psychologiques désastreuses.
- Affronter la toute puissance des médecins, des rendez vous au petit matin, l'annonce de résultats pas toujours effectuée avec la diplomatie requise, ne rassurent pas les femmes déjà très angoissées par ces épreuves.
- Les difficultés de ces bilans sont parfois insurmontables : l'atteinte à l'intimité finit par ne plus être acceptable, se faire examiner par des inconnus, attendre cuisses ouvertes dans une salle, son mari se masturbant dans la pièce d'à côté... sont des situations très éprouvantes.

#### **4.4. Suggestions et recommandations**

Quand une femme découvre qu'elle ne peut avoir un enfant, le choc est souvent très douloureux. Incompréhension, sensation d'exclusion, culpabilité sont autant de sentiments qui habitent les deux partenaires. Les hommes comme les femmes souffrent profondément de cette situation, qui est bien souvent génératrice de tensions et de conflits entre les deux partenaires. Pour remédier à tout cela, il y a un véritable travail de deuil/oubli.

Alors comment la femme peut-elle affronter cette épreuve de la stérilité le plus sereinement possible ? Comment peut-elle en ressortir enrichie et grandie ? Quels sont les écueils qui se présentent à elle et comment les transformer en tremplins pour aller de l'avant ?

##### **4.4.1. Suggestions**

###### **4.4.1.1. Les solutions palliatives**

Après plusieurs tentatives infructueuses, arrive le moment où la femme en quête d'enfant peut être amenée à prendre une décision de poursuivre ou d'interrompre la thérapie. Pour beaucoup, la décision d'arrêter le traitement s'accompagne de sentiments de chagrin, de vide, de tristesse, d'épuisement et parfois également de soulagement. Cependant, en prenant cette décision, la femme se donne du temps pour redéfinir sa priorité et se fixer des objectifs, ouvrant ainsi la voie à une solution à leur problème. Pour certaines, la solution consistera à s'accorder une pause dans le traitement et essayer à nouveau plus tard ; pour d'autres, ce sera la décision d'adopter ou d'essayer la procréation médicalement assistée.

###### **4.4.1.2. L'adoption**

Choisir ensuite une procédure d'adoption, peut être une façon positive de renoncer. "C'est une manière de matérialiser le renoncement à la filiation

biologique, mais pas à l'enfant". Il arrive que certaines femmes se reportent sur une petite nièce ou bien sur d'autres activités. Mais si vous avez récupéré une certaine énergie, se mobiliser en vue d'adopter peut se révéler tout à fait constructif. N'oublions pas toutefois que la démarche est souvent longue et complexe. Là encore, pas de précipitation !

Chacun connaît, ou a entendu l'histoire d'une femme qui se retrouve enceinte juste après avoir adopté un enfant. En cette circonstance, c'est le fait d'avoir reçu d'une instance significativement investie « l'autorisation d'être mère » qui lève l'interdit et déclenche l'ovulation.

C'est la solution la plus épanouissante pour le couple.

#### **4.4.1.3. La Procréation Médicalement Assistée (PMA)**

Aujourd'hui, la stérilité n'est plus une fatalité. L'assistance médicale à la procréation permet à de nombreuses femmes d'accéder à une maternité tant désirée. Toutefois, les conséquences psychologiques d'une telle nouvelle sont souvent sous-estimées, mieux vaut être accompagné. Les couples qui désirent ardemment un enfant se tournent vers la procréation médicalement assistée : ils doivent alors savoir qu'ils s'engagent dans un véritable parcours du combattant dans lequel la femme est souvent très impliquée car ce sont souvent elles qui subissent les traitements les plus contraignants, quelles que soient les origines de la stérilité du couple. L'accès à cette solution compte tenu de son coût prohibitif n'est pas à la portée de beaucoup de femmes.

#### **4.4.1.4. Quelques solutions alternatives**

Certains couples stériles surmontent cette situation, arrivent à dépasser le stress et la stigmatisation sociale et à développer une vie à deux harmonieuse.

Heureusement pour l'homme, sa psychologie lui offre suffisamment de plasticité pour s'accommoder avec les situations les plus critiques et c'est peut-être chez ces couples stériles mais heureux que nous puiserons les solutions à proposer à ceux que le hasard de la vie a privé des joies de l'enfantement. Le mariage étant une alliance conclue pour des fins procréatrices et la stérilité n'étant pas tolérée dans la société traditionnelle africaine, plusieurs voies et moyens étaient préconisés pour remédier à l'absence de la progéniture dans un couple. Les solutions trouvées sont bien sûr spécifiques à chaque situation. Nous pouvons tenter de les classer ainsi :

- *Le Dénier du besoin de reproduction*

Il s'agit de couples qui assument parfaitement leur non besoin d'enfant. Ils mettent en avant la force du lien qui unit les deux protagonistes.

- *La sublimation de ce besoin*

Le besoin d'enfant est transformé en énergie de travail, en énergie de voyages, de découverte, de prière et d'accomplissement de soi.

- *Le déplacement de ce besoin*

Là, c'est sur un enfant de l'entourage, que l'énergie affective résultante du besoin d'enfant est placée.

- *La compensation*

Le besoin d'enfant est compensé par une religiosité ou un mysticisme excessif ou encore par des engagements sociaux ou politiques passionnels.

## 4.4.2. Recommandations

### 4.4.2.1. Accepter et vivre sa stérilité

Le premier des conseils est d'accepter d'en parler : libérer la parole, verbaliser ses angoisses, c'est déjà faire un pas pour aller mieux et ne pas vivre cette situation comme un fardeau et un secret trop lourds à porter.

- En parler ensemble, sans tabou, ni culpabilité, demeure une étape fondamentale de la réussite du traitement ;
- En parler avec des amis, des proches ou la famille ;
- Accepter l'idée que le chemin sera probablement long et difficile et qu'il est indispensable d'exprimer ses angoisses ;
- Comprendre que le stress et l'angoisse influent sur l'ovulation et aggravent les difficultés ;
- Penser à autre chose : sortir, aller au cinéma, voyager, faire du sport
- Rester soudés ;
- Ne pas culpabiliser et prendre de la distance par rapport à l'entourage et réussir à sourire quand vous entendez ce type de phrase "**vous nous le faites quand, ce bébé ?**" ;
- Dialoguer avec d'autres couples qui connaissent ou ont connu ces difficultés ;
- Ne pas diminuer les rapports sexuels et réapprendre à retrouver le désir ;
- Et ne pas programmer une grossesse pour un âge avancée.

### 4.4.2.2. Se préparer à l'échec des traitements

"Un échec ne se prépare pas, à proprement parler". En revanche, il est souvent bénéfique pour le couple, de pouvoir en parler par anticipation, avant de commencer et en cours de traitement : ça permet d'évoquer les différents "petits" échecs souvent inhérents aux traitements, et d'intégrer, bon gré mal gré, les nombreux renoncements et à l'acceptation de l'aide

médicale. Alors, le poids de l'échec "ultime", même s'il reste particulier et très douloureux, peut être moins écrasant.

#### **4.4.2.3. Accompagner le traitement**

Les traitements recommandés, sont évidemment porteurs de beaucoup d'espoir. Toutefois, sans faire preuve de défaitisme, mais plutôt d'un certain réalisme, ils peuvent comporter aussi nombre d'échecs, qui sont sans aucun doute très déstabilisants pour le couple. "Il faut être solide pour supporter les échecs répétés, pour recommencer cinq ou six fois le même parcours". Les témoignages concordent : soit l'épreuve soude un couple, soit elle le désagrège. La prise en charge médicale peut s'éterniser, bilans, tests, re-tests, vérifications... La vie est alors rythmée par l'attente des résultats. Et toutes ces épreuves peuvent mettre à mal le couple.

#### **4.4.2.4. L'appui du conjoint et de l'entourage**

La femme stérile a besoin de parler à des personnes qui connaissent et comprennent ses sentiments et d'être rassurées que, malgré le caractère envahissant des examens, cette phase est primordiale dans la détermination d'un traitement adapté à son cas. Des groupes de soutiens aux patients et des conseillers expérimentés peuvent souvent jouer un rôle clé à ce stade.

#### **4.4.2.5. L'aide et le rôle des spécialistes**

##### **➤ *Le rôle du Psychologue***

Au-delà de la dimension physique et pratique, la stérilité comporte une importante dimension psychologique, aussi bien pour chacun des conjoints que pour le couple. Une stérilité passagère mais durable, vécue comme irréversible, peut parfois mener à un déni de grossesse.

Il faut réussir à prendre en compte la dimension psychologique du problème de la stérilité que la médecine, devenue très technique, met peut-être parfois trop de côté sans pour autant remettre en question les progrès scientifiques exceptionnels qui permettent à des couples d'avoir un enfant.

- Une personne souffrant d'un problème de stérilité possède son histoire et ses propres souffrances qui peuvent intervenir dans le processus de cette difficulté.
- Aider le couple à se déculpabiliser, les femmes à surmonter leur dépression,
- Aider le couple à être plus complice, à s'aimer...
- Aider le couple à comprendre que sa situation n'est pas isolée, et que d'autres couples connaissent ou ont connu la même épreuve.

De nombreux psychanalystes se demandent même si ces souffrances ne peuvent pas être à elles seules, dans certains cas, l'origine de la difficulté à avoir un enfant.

Mais pour aider davantage les femmes qui tentent d'avoir un enfant, les médecins et les membres du corps médical doivent être à leur écoute et leur consacrer suffisamment de temps pour les laisser s'exprimer et évacuer leurs angoisses, situation malheureusement pas toujours compatible avec la surcharge de travail.

### ➤ **Le rôle du Médecin**

Il s'agira pour celui-ci de :

- Préparer les partenaires à comprendre qu'ils vont effectuer un chemin long et difficile, qu'ils risquent d'y avoir de nombreuses déceptions...
- Repérer les problèmes psychologiques sous-jacents qui peuvent apparaître comme la peur inconsciente de la grossesse, la crainte de revivre des conflits anciens....
- Lors des consultations médicales, repérer les conflits du couple qui risquent de s'aggraver tout au long de ce parcours
- Aider la femme à faire face à d'éventuels échecs.

## **CONCLUSIONS**

L'artiste de la chanson béninoise SAGBOHAN Danialou dans l'une de ses chansons « Vignon » dit ceci : « L'enfant est bon, très bon. Quoique tu sois, ton enfant est ton meilleur allié, ton meilleur confident et quand tu ne seras plus sur terre, c'est lui qui tissera une nouvelle corde sur celle que tu aurais tissée ».

Au terme de nos analyses dans le cadre de ce mémoire, il nous est possible de dire ; car nous l'avons reconnu, qu'avoir un enfant, une descendance directe est une chose importante.

Cependant, au delà de cette vision partagée par beaucoup de béninois, il nous est possible de dire également que chaque être humain reste unique et ne saurait de ce fait, entrer dans un moulage stéréotypé. En effet, tout comme face à d'autres éléments d'importance de la vie humaine, il appartient à chaque individu de se décider, de se déterminer pour découvrir réellement ce qu'il lui faut, ce qui lui est accessible au risque de s'enliser dans des difficultés encore plus grandes. Pour ce faire, il faudra de la rationalité et non de la passion dans le processus de réflexion individuelle mais surtout de l'accompagnement personnalisé qui tient compte des spécificités de chaque femme ou couple en quête d'enfant. La demande de ce besoin exprimé par de milliers de femmes anonymes qui souffrent dans l'ombre et le silence est assez grande au Bénin et dans notre milieu de recherche mais aucune ou très peu de solutions sont offertes présentement. Il faudra donc que l'Etat et surtout les municipalités qui sont plus proches des populations et qui ont pour mission d'assurer le développement de chaque commune et par ricochet le développement national prennent conscience de cet écart pour mettre en œuvre une politique permettant de fournir aux populations dans les centres de santé relevant de leurs compétence respective, les services de psychologues aux côtés des sages femmes ou des gynécologues. Cela permettra ainsi à l'action du psychologue d'être préalable à toute intervention des autres membres du corps médical et de ce fait, pourra réduire la souffrance morale des femmes en recherche d'enfant et évitera ainsi à la douleur de faire son lit dans le cœur des dites femmes.

L'accès aux médias, pour des publicités mensongères, des personnes sans foi offrant des prestations médicales traditionnelles ou spirituelles fantaisistes en matière de procréation devra être revu.

Ces solutions proposées permettront d'améliorer la situation mais il faudra s'attendre à d'autres difficultés que notre analyse n'a peut-être pas perçues car la résolution d'un problème donne souvent naissance à un autre problème. Il s'agira donc d'être en veille pour une permanente réadaptation.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. BIOY A., (2012), « L'aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin en 58 notions » Dunod, 372p
2. FAURE-PRAGIER S., (2003), « Les bébés de l'inconscient : Le psychanalyste face aux stérilités féminines d'aujourd'hui » PUF 249p
3. COHEN B.-F., (2004), « Un bébé mais pas à tout prix. Les dessous de la médecine de la reproduction » J'AI LU 156p
4. MAGGIONI C., (2006), « Femmes infertiles : image de soi et désir d'enfant » IN PRESSE 150p
5. DELAISI DE PARSEVAL G., (2008), « Famille à tout prix » éd La couleur des Idées 389p
6. DEPONDT-GADET M., (2011), « Stérilité et infertilité » DANGLES 192p
7. DESJARDINS-SIMON J., (2010) « les verrous inconscients de la fécondité » ALBIN MICHEL 259p
8. BYDLOWSKI M., (1997), « La dette de vie » PUF, Coll. Le Fil Rouge, 145p
9. BYDLOWSKI M., (2008), « Les enfants du désir » Odile Jacob, 140p
10. AHOGNISSE O. (1986), « La stérilité conjugale au CNHU de Cotonou : Etude étiologique à propos de 1135 cas recensés de 1984 à 1986», thèse de Doctorat d'Etat en Médecine 176p
11. AHOPKOSSI (2003), « L'infertilité du couple à la clinique universitaire de gynécologie et obstétrique (CUGO) de Cotonou : Faire le point sur les cas recensés et les ressources nécessaires à la satisfaction des besoins », thèse de Doctorat d'Etat en Médecine 82p.
12. AKOCHOU (1998), « L'infertilité conjugale : facteurs étiologiques et résultats thérapeutiques à propos de 573 cas observés à l'hôtel Dieu Ste-Justine de Montréal » 134p

13. ATHEA N., (1987), « Nouvelles techniques de procréation, quelques réflexions d'une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant », Revue Française, Psychanalytique, n°6 vol 51, 1531-1542p
14. CHARVET F., CHEVRET M., (1983), « Stérilité psychogène » Revue Française Gynécologie Obstétrique, 315-318p

## TABLE DES MATIERES

Dédicace .....	i
Liste des acronymes .....	iii
Remerciement .....	iv
Résumé .....	vi
Sommaire .....	vii
Liste des tableaux .....	ix
Introduction .....	1
Chapitre I : Cadre thématique .....	5
1.1. Problématique .....	5
1.1.1. Choix et spécification de la problématique .....	5
1.1.2. Hypothèses, objectifs de recherche .....	6
1.1.2.1. Hypothèses de travail .....	6
1.1.2.2. Objectifs de recherche .....	7
1.2. Les facteurs innés et sociaux .....	7
1.2.1. Le désir d'enfant chez la femme .....	8
1.2.2. La stigmatisation sociale de la femme stérile .....	8
1.3. Les facteurs Technologiques et spirituels .....	9
1.3.1. Les possibilités médicales de conception .....	9
1.3.2. Les offres de possibilité spirituelles de conception .....	10
1.4. Clarification conceptuelle et revue de littérature .....	11
1.4.1. Clarification des concepts .....	11
1.4.2. Revue de littérature .....	13
Chapitre II : Milieu d'étude .....	17

2.1. Présentation de la commune d'Abomey-Calavi et de l'Arrondissement d'Abomey-Calavi Centre .....	17
2.1.1. Aspects physiques et démographiques .....	17
2.1.1.1. Situation géographique .....	17
2.1.1.2. Données démographiques .....	19
2.1.2. Aspects économiques et organisation administrative .....	19
2.1.2.1. Activités économiques .....	19
2.1.2.2. Organisation administrative .....	20
2.2. Présentation de la clinique .....	23
2.2.1. Description du cadre de stage .....	23
2.2.2. Affections, objet de consultation .....	25
2.2.3. Organigramme .....	26
2.3. Approche méthodologique .....	27
2.3.1. Recherches documentaires .....	29
2.3.2. Enquêtes de terrain .....	29
2.4. Difficultés rencontrées .....	31
2.5. Etude de cas .....	32
2.5.1. Illustration clinique n°1 .....	32
2.5.2. Illustration clinique n°2 .....	33
2.5.3. Illustration clinique n°3 .....	34
2.5.4. Illustration clinique n°4 .....	36
 Chapitre III : Présentation, Analyses, interprétation des résultats et commentaires .....	 39
3.1. Présentation et analyse des résultats .....	39
3.1.1. Traits caractéristiques généraux des femmes en état de stérilité dans l'arrondissement d'Abomey-Calavi Centre .....	39

3.1.2. Présentation des résultats par hypothèses spécifiques .....	42
3.2. Interprétation des résultats et établissement du diagnostique .....	50
Chapitre IV : Discussion et suggestions .....	52
4.1. La psychologisation .....	52
4.1.1. Les aspects psychologiques de la stérilité féminine .....	52
4.1.2. Le stress lié au « droit d'enfant » .....	53
4.1.3. La jalousie .....	53
4.1.4. La dépression .....	53
4.1.5. Le stress lié au secret .....	53
4.2. Les aspects sociologiques de la stérilité féminine .....	54
4.2.1. La réaction face à soi-même ou face au conjoint .....	54
4.2.2. La réaction de l'entourage .....	54
4.3. Le poids de la médicalisation et la découverte de l'univers médical .....	55
4.3.1. Le poids de la médicalisation .....	55
4.3.2. La découverte de l'univers médical .....	56
4.4. Suggestions et recommandations .....	57
4.4.1. Suggestions .....	57
4.4.1.1. Les solutions palliatives .....	57
4.4.1.2. L'adoption .....	58
4.4.1.3. La Procréation Médicalement Assistée .....	58
4.4.1.4. Quelques solutions alternatives .....	59
4.4.2. Recommandations .....	60
4.4.2.1. Accepter et vivre sa stérilité .....	60
4.4.2.2. Se préparer à l'échec des traitements .....	60

4.4.2.3. Accompagner le traitement .....	61
4.4.2.4. L'appui du conjoint et de l'entourage .....	61
4.4.2.5. L'aide et le rôle des spécialistes .....	61
Conclusion .....	63
Bibliographie .....	66
Annexe .....	68

### **Questionnaire**

Ce questionnaire est élaboré pour recueillir des informations dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de fin de formation en psychologie clinique. Nous vous assurons du respect de toutes les exigences de confidentialité en matière de collecte de données. En conséquence, nous nous contenterons simplement d'exploiter les informations fournies sans révéler, ni les mettre en parallèle avec votre identité. La sincérité des informations communiquées est

nécessaire pour identifier les véritables problèmes des femmes en état de stérilité à la recherche d'enfant, ce qui permettra de proposer des approches de solutions susceptibles de les accompagner positivement dans leur quête.

Nous vous remercions d'avance pour votre disponibilité et votre contribution.

### Identification

Age :  Classe sociale : Pauvre  Classe moyenne   he

Niveau d'études : Sans formation  CEP  BEPC  BAC  Maitrise  BAC +5 +

Situation Matrimoniale : Vit seul  Vit en couple  Divorcé

### Antécédents collatéraux

Difficulté de parents à avoir d'enfants Père : Oui  Non  Mère : Oui  Non

Frères : Oui  Non  Sorurs : Oui  Non

Autres : (A préciser)

### Antécédents familiaux

#### I- Vie en couple

Situation du conjoint Age :

Niveau d'études : Sans formation  CEP  BEPC  BAC  Maitrise  BAC +5 +

Situation du conjoint avant la vie en couple : Célibataire  f  précé

N'avait pas d'enfant  avait eu au moins un enfant

Au commencement de la vie en couple

Consentement des parents Père : Oui  Non  Mère : Oui  Non

Oncles : Oui  Non  Tantes : Oui  Non

Autres : (A préciser)

Consentement de la belle famille Père : Oui  Non  Mère : Oui  Non

Oncles : Oui  Non  Tantes : Oui  Non

Autres : (A préciser)

Dot versé

Non versée Oui  Non  Versée : Oui  Non

Autres : (A préciser)

Type d'union:

Concubinage  Coépouse  Use avec enfant Oui  Non

Mariage civil  Polygamique  Polygamique  Coépouse avec enfant

Mariage religieux

Mariage coutumier

Précédant mariage Oui  Non

Nombre d'années de vie à deux :

Circonstances particulières ayant entouré le mariage : Querelles, Menaces  Existence de rival  Particuliers

Autres : (A préciser)

## 2- Vie sexuelle

Rapports sexuels : Réguliers  Irréguliers  Dououreux  Programmés  Frigidité   
 Agressivité du conjoint  Ejaculation précoce  Satisfaction sexuelle  Insatisfaction sexuelle   
 Infidélité du conjoint  Autres (A préciser)

## 3- Type de stérilité

Infertilité (stérilité primaire)  Infécondité (fausse couche)  Stérilité secondaire   
 Nombre d'enfants eus.....En Vie..... Décédés.....  
 Etat de santé des enfants Bonne   
 Mauvaise   
 Médiocre   
 Attardés   
 Le dernier est né depuis combien d'année

Pré-usage de la contraception ? Oui  Non

Antécédents de MST du conjoint Oui  Non

Durée de la stérilité :

Consultation sur l'état : médicale moderne

médicale traditionnelle

spirituelle

Diagnostic posé

Traitement reçu : Médical  chirurgical  gynécologique  traditionnel

Spirituel  Endogène  Chrétienne  Autres (à préciser)

Résultats obtenus : Rien  fécondité/fausse couche  gravation  (à préciser)

Naissance  état enfant : Vivant bien portant

Vivant malade/attardé

Mort né

Autres (Préciser)

#### 4- Vie sociale

Harmonie dans la vie du couple Oui  Non

Relation avec l'entourage Moquerie  Calomnie  ouragement n  ces  A  (à préciser)

Relation avec la parenté ou la belle-famille : Agressions verbales  Agressions physiques  enaces de répudiation  s de famille   
sur le cas Encourager  onsolations  Autres (à p )

#### Antécédents personnels

##### 1- Aspects médicaux

Vie sexuelle avant l'union actuelle : Non active  Active  A r

MST : Oui  Non  Avortement avant l'union : Oui   de contraceptifs Oui  Non

Traitement médical stérilité : Oui  n  traintes du traitement : Trop contraignant  Ac  ble

Coût du traitement : Trop onéreux  Abordable

Traitement médecine traditionnelle : Oui  n  traintes du traitement : Trop contraignant  Ac  ble

Coût du traitement : Trop onéreux  Abordable

Traitement psycho-clinique : Oui  on  traintes du traitement : Trop contraignant  A  ble

Coût du traitement : Trop onéreux  Abordable

Autres formes de traitement (Préciser) : Oui  n  traintes du traitement : Trop contraignant  Ac  ble

Coût du traitement : Trop onéreux  Abordable

##### 2- Eléments psychosomatiques

Angoisse /Soucis : Oui  Non  chemars : Oui   s accouchement d'enfants : Oui  No

Insomnie : Oui  Non  Asthénie généralisée : Oui  n  aigrissement : Oui  No

Nervosité : Oui  Non  épulsion du conjoint : Oui   ivité envers le conjoint : Oui  No

Agressivité envers les enfants d'autrui : Oui  on  olisme : Oui  N  T  me : Oui  No

Depression : Oui  Non  Jalousie : Oui   ressivité envers l'entourage : Oui  No

##### 3- Vie professionnelle

Profession : .....

Relations avec le supérieur hiérarchique : Tensions  Compréhension  Harcèlement

Relations avec collègues : Moqueries  Soutiens  Harcèlement

Effet recherche d'enfants sur le travail : Absence  Stress  Démotivé



# ***ONG LA BONNE SEMENCE***

Siège Social : Lokossa – Annexe : Abomey-Calavi. Tél : 67595221 Rép. du Bénin

---

**PROJET DE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DE 500  
FEMMES EN SITUATION DE RECHERCHE D'ENFANT A TOUT  
PRIX DANS LA COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI  
- REP. DU BENIN -**

## 1. FICHE SIGNALÉTIQUE DU PROJET

### 1.1. Institution

**Nom** : ONG LA BONNE SEMENCE  
**Adresse** : Sèmè 2 Abomey-Calavi  
**Siège** : Lokossa. Annexe : Abomey-Calavi  
**Téléphone** : (00229) 67595221  
**Email** : labonnesemence@gmail.com  
**Nom du responsable** : TOHOSSI Lucie, Directrice exécutive.

**Présentation de l'institution** : L'ONG la Bonne Semence est une ONG créée en 2012 par quelques personnes soucieuses d'apporter des solutions aux problèmes identifiés dans leur localité et dans le Bénin. Elle s'est donnée de ce fait quelques thématiques d'intervention notamment l'aide psychologique, la lutte contre l'extrême pauvreté et l'exclusion, la lutte contre le SIDA, l'assainissement du cadre de vie et la protection de l'environnement.

La bonne semence étant constituée par certains apprenants en psychologie, ceux-ci ont voulu faire porter le projet par leur association dont l'un des axes d'intervention est la prise en charge psychologique.

Malgré son jeune âge, la bonne semence a déjà réalisé diverses activités dont

- Projet de lutte contre la déforestation à Akodéha dans la commune de Comé par l'utilisation de foyers améliorés...
- Projet d'amélioration de la santé des apprenants dans 10 écoles primaires publiques dans la commune de Comè à travers le lavage des mains

## 1.2. Projet

**1. Intitulé du projet :** Projet de prise en charge psychologique de 500 femmes en situation de recherche d'enfants dans la commune d'Abomey-Calavi (République du Bénin)

**2. Date de présentation du projet :** Juin 2014

**3. Finalité du projet :** Le projet contribuera à améliorer l'état physique et mental des femmes cibles à travers une meilleure d'elles-mêmes, une meilleure connaissance de leur problème et une orientation vers des solutions propres à chaque cas.

**4. Localisation :** Arrondissement de Calavi Centre, Commune d'Abomey Calavi, Rép. du Bénin

**5. Secteur d'intervention :** Santé maternelle et infantile

### 6. Parties prenantes

6.1 *Structure de mise en œuvre :* ONG la Bonne semence

6.2 *Bénéficiaires :* Femmes en situation de stérilité d'Abomey-Calavi

6.3 *Partenaires au projet :* Personnes ressources et divers partenaires intéressés au Projet

**7. Durée de réalisation :** 2 ans

**8. Résumé de l'action :** Du fait de la place de l'enfant au Bénin, une personne sans descendance au regard de notre société, riche ou célèbre, pauvre ou intellectuel aura vécu inutilement. Il s'ensuit donc que la stérilité est très mal acceptée par notre société. Elle constitue l'une des crises les plus profondes du couple et sans faire recourt à une quelconque étude en la matière, il est observable que la plupart des couples sans enfants finissent par s'éclater ou par devenir une trilogie avec une adjonction d'un nouveau partenaire. Il est donc vécu comme un drame silencieux et les victimes sont objet d'exclusion, d'opprobre et d'ostracisme. Il est synonyme de souffrance intérieure, de frustration, de déception, de peur, d'accablement, de désespoir profond, de stress, de dépression voire de suicide, toutes choses qui dénaturent la femme en situation de stérilité qui de ce fait ne joue plus son rôle dans la société. Toute sa fonctionnalité n'est régie que par une seule activité, avoir un enfant pour cesser d'être la risée du peuple. Cette obsessionnelle n'est pas de nature à apporter les solutions attendues car, du fait de cette pression constante, tous les facteurs liés aux traitements à entreprendre ne sont pas appréhendés avec objectivité, ce qui débouche souvent à des situations plus catastrophiques que la situation de départ : mort, endettement, enfants trisomique ou attardé, escroquerie... C'est pour éviter ces situations qu'une prise en charge psychologique s'impose pour tout traitement tant physiologique que spirituel. Le présent projet essaiera d'accompagner 500 femmes qui sont dans cette situation à vivre leur recherche d'enfant dans la sérénité.

**9. Budget du Projet :** (en FCFA)

<b>Coût total du projet</b>		<b>27 490 000</b>
Contribution de l'ONG la Bonne semence	en espèces (10%)	<b>2 749 000</b>

limitée au Nord par le Burkina-Faso sur 270 km et le Niger sur 120 km, à l'Ouest par le Togo sur 620 km, à l'Est par le Nigéria sur 750 km et au Sud par l'Océan Atlantique sur 125 km.

Le Bénin compte, en 2013, 9 983 884 habitants<sup>12</sup> dont près de la moitié ont moins de 18 ans. Indépendante en 1960 sous le nom de République du Dahomey, le pays prend le nom de Bénin en 1975. Le Bénin est l'un des pionniers du multipartisme en Afrique. En effet, grâce à la conférence nationale, le Bénin a mis fin en 1989 à la période marxiste et instauré un régime démocratique. Depuis lors, le Bénin pratique l'alternance et élit démocratiquement ses Présidents. Le Président de la République actuel est Boni YAYI.

Bien que démocratique, le Bénin reste un pays très pauvre. Il est classé 166<sup>ème</sup> sur 187 dans le Rapport mondial sur le développement humain 2013 avec un indice de développement humain de 0,436 contre 0,955 pour la Norvège, premier du classement et contre 0,769 pour la Lybie, premier pays de l'Afrique classé 84<sup>ème</sup>. Sa situation économique s'améliore cependant avec une inflation contenue à 3 % et un taux de croissance réel du PIB à 4,6 % en 2007. Le Produit National Brut (PNB) par habitant est de 375 US \$. L'économie du pays est essentiellement basée sur la production agricole (cultures vivrières, coton et palmier à huile), le commerce régional et la petite industrie manufacturière. L'agriculture qui représente environ 40% du Produit Intérieur Brut (PIB) rapporte environ 60% des recettes d'exportation et assure 70% des emplois à la population active.

La République du Bénin a pour capitale politique Porto-Novo, pour capitale historique Abomey et pour capitale économique Cotonou. La réforme de l'administration territoriale intervenue en 1999 a découpé le territoire du pays en douze départements et soixante dix sept communes au nombre desquelles figure la commune d'Abomey-Calavi.

Le Bénin est partie prenante à la Déclaration du Millénaire dont l'objectif principal a consisté à définir une vision consensuelle de développement à l'horizon 2015 ; laquelle vision s'est traduite en un ensemble d'objectifs connus sous le vocable « Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ». L'initiative s'est attachée à définir huit (8) objectifs principaux parmi lesquels on peut citer, l'élimination de l'extrême pauvreté et la faim, Assurer une éducation primaire pour tous, Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies, Réduire la mortalité de la mère et de l'enfant, Assurer un environnement durable, objectifs pour lesquels l'ONG la Bonne Semence s'attelle à apporter sa pierre dans leur atteinte. La commune d'Abomey-Calavi a une superficie de 639 km<sup>2</sup> pour une population évaluée à 307 745 habitants. A Abomey Calavi, comme partout dans le Bénin, l'enfant est la principale raison d'être du couple. Il s'ensuit que le problème de la stérilité revêt une importance capitale dans ce contexte socio-culturel où la vie du couple est intégrée aux mœurs et traditions ancestrales dont la caractéristique essentielle est la conservation de la lignée familiale. Le cas du Bénin est assez parlant et caractérisé par une idéalisation prononcée de l'enfant. Une personne sans descendance au regard de notre société, riche ou célèbre, pauvre ou intellectuel aura vécu inutilement. Il s'ensuit donc que la stérilité est très mal acceptée par notre

<sup>12</sup> RGPH4 réalisé du 11 mai au 31 mai 2013

société. Elle constitue l'une des crises les plus profondes du couple et sans faire recours à une quelconque étude en la matière, il est observable que la plupart des couples sans enfants finissent par s'éclater ou par devenir une trilogie avec une adjonction d'un nouveau partenaire. On mesure donc, ou mieux, on imagine donc l'inquiétude et l'angoisse de la femme béninoise qui désire un enfant mais éprouve des difficultés pour engendrer. On comprend alors, la souffrance intérieure, la frustration, la déception, la peur, l'accablement, le désespoir profond de ces femmes pour qui tout espoir semble être ôté parce que souffrant de lésions au-dessus des ressources thérapeutiques disponibles.

Ainsi, face à ce poids pesant, à ce drame vécu dans le silence, à cette contrainte sociale continue, très peu de femmes béninoises, en état de stérilité arrivent à vivre sereinement et attendre sans pression le miracle de la vie à travers l'enfantement. Le constat observé la plupart du temps est une ruée vers diverses méthodes et moyens physiologiques et spirituelles de conception. En effet, faire un enfant, devient une obsession, une obligation, une manière de ressembler aux autres pour nettoyer l'opprobre et l'ostracisme dont on est victime. Dans ces conditions, la rationalité désertant le forum, tous les moyens sont bons, mêmes ceux peu orthodoxes pour ne plus vivre ce véritable cauchemar, pour ne plus se sentir anormale, seul le résultat de la quête compte, la recherche d'un enfant s'impose comme le seul but de l'existence : il faut un enfant à tout prix !!!

Cette quête obsessionnelle, si elle se couronne parfois par des succès, engendre d'énormes difficultés qui transforment ces femmes en des êtres

Cette situation s'installe parce que l'on n'a pas pris conscience en amont :

- des effets psychologiques qu'engendre cette recherche d'enfant à tout prix ;
- des contraintes de la médicalisation ;
- de l'existence de solutions palliatives.

C'est pourquoi, l'ONG la Bonne Semence, comprenant que la personne humaine demeure incontestablement le facteur premier de tout développement a décidé à travers ce projet, d'accompagner à travers la prise en charge psychologique sur 2 ans, 500 femmes d'Abomey-Calavi victimes de ce mal-être afin de leur éviter toutes conséquences ou conflits qui pourraient sécher leur vie conjugale et personnelle.

### **2.3. Objectif général du projet :**

Le projet contribuera à améliorer l'état physique et mental des femmes cibles à travers une meilleure d'elles-mêmes, une meilleure connaissance de leur problème et une orientation vers des solutions propres à chaque cas.

### **2.4. Objectifs spécifiques :**

Apporter l'aide psychologique à 500 femmes en situation de recherche d'enfants pour éviter l'ostracisme dont elles sont victimes.

### **2.5. Résultats attendus :**

- 1- 500 femmes d'Abomey-Calavi bénéficient gratuitement de l'aide psychologique dans leur marche de recherche d'enfants ;
- 2- Un centre d'accueil et de prise en charge psychologique est créé et connu des populations
- 3- 10 emplois permanents sont créés pendant la durée du projet ;

## **2.6 Activités :**

- 1- Identification des bailleurs potentiels
- 2- Elaboration du document de projet
- 3- Soumission et finalisation de la recherche de financement
- 4- Location du centre
- 5- Equipement du centre
- 6- Recrutement du personnel
- 7- Communication et vulgarisation des appuis proposés
- 8- Mise en œuvre des activités de prise en charge
- 9- Suivi des activités et des résultats
- 10- Evaluation de la mise en œuvre

## **2.7. Lieu d'implantation du projet**

Le projet est prévu pour être implanté à Abomey-Calavi. Afin de réduire les coûts du projet, les locaux abritant le centre seront loués pour les 2 années.

## **2.8. Durée de vie du projet**

Le projet est prévu pour 2 ans. Toutefois, si les résultats attendus sont concluants, la prise en charge peut devenir une activité pérenne pour le personnel.

## **2.9. Coût du projet**

Le coût prévisionnel du projet s'élève au montant de **vingt sept millions quatre cent quatre vingt dix mille (27 490 000)** Francs CFA récapitulé dans le tableau ci-après :

Désignation	Détail	Quantité	PU	Montant
Elaboration du document de projet	1	1	100 000	<b>100 000</b>
Soumission et finalisation de la recherche de financement	1	1	100 000	<b>100 000</b>
Location du centre		24	250 000	<b>6 000 000</b>
	Loyer mensuel	24	220 000	5 280 000
	Electricité + eau	24	30 000	720 000
Equipement du centre				<b>1 700 000</b>
	Equipements de travail	FF		700 000
	Matériels de bureau	FF		1 000 000
Recrutement et paiement du personnel				<b>17 040 000</b>
	Salaire Psychologues	48	200 000	9 600 000
	Salaire Assistants Psychologues	48	80 000	3 840 000
	Salaire assistant de direction	24	50 000	1 200 000
	Salaire Comptable	24	70 000	1 680 000
	Salaire Gardien	24	30 000	720 000
Communication et vulgarisation des services proposés				<b>1 000 000</b>
Mise en œuvre des activités de prise en charge				
Suivi des activités et des résultats				<b>550 000</b>
Evaluation de la mise en œuvre				<b>1 000 000</b>
<b>Coût du Projet</b>				<b>27 490 000</b>

## 2.10. Contraintes ou conditions critiques

### ✓ Conditions préalables

**Que le financement nécessaire soit mobilisé**

### ✓ Conditions critiques pour les extrants

Si les conditions préalables au projet sont réunies et que les activités prévues sont réalisées, alors on produirait les extrants à condition **que la structure porteuse du projet soit toujours fonctionnelle**

### ✓ Conditions critiques pour le but

Si les extrants attendus sont tous obtenus, alors on pourra améliorer substantiellement l'état psychologique des femmes en recherche d'enfants d'Abomey-Calavi d'ici à 2 ans, à condition **qu'aucune catastrophe naturelle ne vienne faire disparaître les femmes cibles du projet.**

### ✓ Conditions critiques pour la finalité

Si l'état psychologique des femmes en recherche d'enfants d'Abomey-Calavi est amélioré d'ici à 2 ans, alors, le projet aurait contribué à faire reculer l'exclusion et promu le développement local à Abomey-Calavi condition **qu'aucune crise institutionnelle ne vienne remettre l'existence des communes.**

### 3. CADRE LOGIQUE DU PROJET

Conditions critiques	Résumé narratif	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Moyens et sources de vérification
Si l'état psychologique des femmes en recherche d'enfants d'Abomey-Calavi est amélioré d'ici à 2 ans, alors, le projet aurait contribué à faire reculer l'exclusion et promu le développement local à Abomey-Calavi condition <b>qu'aucune crise institutionnelle ne vienne remettre l'existence des communes.</b>	<b>Finalité :</b> Contribuer à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion		
Si les extrants attendus sont tous obtenus, alors on pourra améliorer substantiellement l'état psychologique des femmes en recherche d'enfants d'Abomey-Calavi d'ici à 2 ans, à condition <b>qu'aucune catastrophe naturelle ne vienne faire disparaître les femmes cibles du projet.</b>	<b>But :</b> Apporter, d'ici à 2016, un soutien psychologique à 500 femmes d'Abomey-Calavi en quête d'enfants	Nombre de femmes accompagnées	- Registre des consultations du centre
Si les conditions préalables au projet sont réunies et que les activités prévues sont réalisées, alors on produirait les extrants à condition <b>que la structure porteuse du projet soit toujours fonctionnelle</b>	<b>Extrants :</b> 1- Un centre de soutien psychologique est créé et fonctionnel 2- 6 emplois permanents sont créés pour 2 ans au moins 3- 500 femmes au moins sont reçues en consultation pour un accompagnement psychologique	- Nombre de centre de prise en charge psychologique - Nombre de permanent recruté, nombre d'occasionnels recrutés - Nombre de consultations effectuées	- Factures d'achat - Observations directes
<b>Que le financement nécessaire soit mobilisé</b>	<b>Intrants :</b> <b>Informations :</b> Eléments nécessaires à la conception du Projet, Identification des partenaires possibles	-	- Document de projet - Soumission aux partenaires
	<b>Moyens humains :</b> Membres du PONG la Bonne semence et personnes ressources	-	Fiches de paie, Contrat de travail ou de prestation
	<b>Moyens matériels :</b> Véhicules pour le déplacement et carburant	-	Bons de commande Factures d'achat
	<b>Moyens institutionnels :</b> Structures de santé de la Commune	-	- Rapport des rencontres de concertation - Contrat de prestation de suivi technique
	Moyens financiers :	<b>Coût du projet : 27 490 000 FCFA</b>	Documents du projet, Accord de subvention, Convention de crédit

#### 4. PLANS DE FINANCEMENT

Rubriques	En Francs CFA	En euros	%
Coût total du projet	27 490 000		100%
Apport de l'ONG la Bonne Semence	2 749 000		10%
Financement sollicité	24 741 000		90%

Le besoin en financement peut être apporté en subvention ou en crédit remboursable progressivement. Les différentes conditionnalités seront mises en place à travers une convention entre le donateur ou le bailleur conformément à la réglementation applicable.