

Florine JOBIN  
10, rue Cavour  
1203 Genève  
079 772 95 31  
florine323@gmail.com

Florine JOBIN

Discours, pratiques et représentations autour de la contraception médicalisée  
au Bénin : regard anthropologique sur la fréquentation  
d'une clinique privée à Abomey.

Mémoire de licence en ethnologie

Date de soutenance : 16 septembre 2008  
Directrice du mémoire : Mme Marion Fresia  
Membre du jury : Mme Ellen Hertz

## Résumé

La contraception est une des pratiques rattachées au phénomène universel de la gestion de la fécondité, conjointement à l'avortement, l'infanticide et la lutte contre la stérilité. La contraception médicalisée est d'origine occidentale et biomédicale. Elle comprend les méthodes contraceptives hormonales et le stérilet, qui nécessitent théoriquement l'intervention d'un agent de santé. Ces méthodes ont été introduites en Afrique depuis plusieurs décennies. De plus en plus utilisées au Bénin, elles restent cependant minoritaires par rapport aux autres méthodes, locales ou naturelles.

A la croisée entre l'anthropologie du développement, l'anthropologie du genre et l'anthropologie médicale, ce travail cherche à comprendre pourquoi la contraception médicalisée est encore faiblement appropriée par les populations locales au Bénin. Il se fonde sur l'observation quotidienne, pendant quatre mois, de la fréquentation et des activités d'une clinique privée à Abomey, spécialisée dans la planification familiale et financée par une ONG internationale. Partant du constat que les adolescentes fréquentent peu cette ONG, il s'interroge sur la diversité des représentations sociales (sur la sexualité, la fécondité et la contraception médicalisée elle-même) sous-jacentes à la pratique contraceptive, aussi bien du côté du personnel médical que du côté des usagers.

Soucieux de ne pas tomber dans un culturalisme réducteur, ce travail met ainsi en évidence la manière dont la contraception médicalisée - et les soubassements idéologiques qui la fonde dans les discours officiels - sont réappropriés par les différents acteurs (promoteurs, utilisateurs et résistants), qui leur donnent un contenu de sens variable et en font une utilisation différente, en fonction de leur statut et de leur position dans la société.

Ces processus de réappropriation et de réinterprétation de la contraception médicalisée donnent lieu à des effets pour le moins inattendus: plutôt que de favoriser une émancipation de la femme (argument féministe), ils renforcent, dans certains cas, la domination masculine et l'inégalité des rapports de genre; et plutôt que de protéger les jeunes filles des grossesses à risques (argument de santé publique), ils participent à leur exclusion de l'accès à la contraception médicalisée.

## **Dédicace**

A l'Emilio mío.

## **Remerciements...**

A M. Vincent Zodogome, pour son aide dans l'orientation de mon terrain.

A tous les membres et employés de l'ABPF, pour leur accueil chaleureux et leur grande disponibilité. A M. Jean Dossou, Mme Arlette Toffa, Mme Micheline Quénum, M. Edgard F. Odjo Cledjo, M. Serge I. M. Kitihoun, M. Isidore Oza et à tous les jeunes membres du MAJ-ABPF d'Abomey. A Mme Perpétue Tchéou, pour sa patience, son humour et sa gentillesse.

A mon interprète, Mme Sonia Mongbo, pour son travail remarquable et sa compagnie.

A M. Roger Wolo, pour m'avoir introduit auprès de nombreux interlocuteurs sur le terrain.

A Mme Julienne Tolo, pour m'avoir ouvert les portes de sa maison et de son intimité.

A Mme Marion Fresia, pour ses encouragements, ses conseils et sa disponibilité.

A Laurence Schmidlin, pour sa lecture et ses corrections.

A mon frère Yves, pour son aide technique.

## **Merci encore...**

A Alassane Aboubakary, grâce à qui Abomey signifie aussi pour moi « amitié », ainsi qu'aux membres de sa famille et de sa concession.

A Waliou Aosse et à sa famille, pour leur amitié et leur incroyable hospitalité.

A la famille Keitchion, dont la cohabitation est des plus agréables et qui, de propriétaires et voisins, sont devenus à mes yeux une famille d'accueil.

A l'ONG Jatur et à l'ASVB (Association Suisse Villages Bénin), grâce à qui j'avais eu l'opportunité d'aller pour la première fois au Bénin, sept ans plus tôt.

A Djawad, son père, Ileassou, Loukman, Silvain et tous les autres de Sakété, que j'ai été si heureuse de revoir.

A mes parents, pour leur soutien inconditionnel de mes projets.

A ma famille et à tous mes amis, pour leur appui et pour leur présence.

## Liste des abréviations

ABBEF	Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial
ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
CNBPF	Comité National du Bénin pour la Planification Familiale
CNDPF	Comité National du Dahomey pour le Planning Familial
DIU	Dispositif Intra-utérin
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IPPFRA	International Planned Parenthood Federation Region of Africa
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAJ-ABPF	Mouvement d'Actions des Jeunes de l'ABPF
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle et de la Reproduction
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Du contexte international au contexte local</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Contraception médicalisée et régulation de la fécondité</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 La régulation de la fécondité au cœur du discours sur le développement</b> .....	<b>5</b>
1.2.1 Le concept de « santé de la reproduction » .....	5
1.2.2 L'accès aux services de planification familiale.....	6
1.2.3 L' <i>International Planned Parenthood Federation</i> .....	7
1.2.4 Le contexte africain .....	8
<b>1.3 Planning familial et offre contraceptive au Bénin</b> .....	<b>9</b>
1.3.1 Le Bénin .....	9
1.3.2 L'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille .....	11
1.3.3 L'Offre contraceptive de l'ABPF.....	12
<b>1.4 Abomey: les spécificités d'un contexte urbain</b> .....	<b>13</b>
1.4.1 Abomey .....	13
1.4.2 L'offre contraceptive à Abomey .....	14
1.4.3 La clinique de l'ABPF.....	16
<b>2 Cadre méthodologique</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1 Le pré-terrain</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2 L'enquêteur: un statut à multiples facettes</b> .....	<b>18</b>
2.2.1 Les lieux et les interlocuteurs .....	18
2.2.2 Le statut de stagiaire .....	20
2.2.3 Le statut d'étrangère .....	22
2.2.4 L'impact du genre .....	23
<b>3 Cadre théorique</b> .....	<b>24</b>
<b>4 Discours et pratiques autour de la contraception médicalisée</b> .....	<b>29</b>
<b>4.1 Analyse des discours sur la contraception médicalisée à Abomey</b> .....	<b>29</b>
4.1.1 Un conflit et des décalages .....	29
4.1.2 La rhétorique promotionnelle .....	31
4.1.3 Discours de l'ABPF, discours des usagers.....	33

4.1.3.a	L'argument économique .....	33
4.1.3.b	Le misérabilisme de l'ABPF.....	35
4.1.3.c	Les modèles familiaux .....	38
4.1.4	Interprétations des effets secondaires.....	41
4.1.5	Liens entre contraception et avortement.....	47
4.1.6	La rhétorique résistante .....	50
4.1.6.a	Le pronatalisme « traditionnel » .....	50
4.1.6.b	La menace de la « débauche ».....	55
<b>4.2</b>	<b>Pratiques et relations sociales à la clinique de l'ABPF.....</b>	<b>60</b>
4.2.1	Interactions entre le personnel et les usagers .....	60
4.2.1.a	Des rapports inégalitaires.....	60
4.2.1.b	Méfiance, « petits mensonges » et omissions .....	63
4.2.2	Rapports de genres dans la pratique contraceptive.....	65
4.2.2.a	Une pratique négociée ou imposée .....	65
4.2.2.b	Des logiques de contournement .....	70
4.2.2.c	L'influence de la polygamie.....	71
4.2.2.d	L'appropriation masculine d'une pratique féminine.....	73
4.2.3	La pluralité des méthodes: faire des choix .....	76
4.2.4	La contraception, levier de l'égalité de genres? .....	79
<b>5</b>	<b>Les raisons d'une faible fréquentation adolescente de la clinique de l'ABPF .....</b>	<b>82</b>
<b>5.1</b>	<b>L'accent sur les représentations sociales .....</b>	<b>82</b>
<b>5.2</b>	<b>Identification de représentations sociale locales .....</b>	<b>83</b>
5.2.1	Représentations locales de la fécondité et de la sexualité .....	83
5.2.1.a	La responsabilité de la fécondité.....	83
5.2.1.b	Un partage sexué de la sexualité .....	85
5.2.2	Pressions sociales et sentiments des adolescentes.....	89
5.2.2.a	La peur de devenir stérile.....	89
5.2.2.b	La peur de paraître débauchée.....	91
5.2.2.c	Une pratique officieuse .....	93
5.2.3	Représentation locale de la contraception médicalisée .....	95
<b>5.3</b>	<b>Les représentations, un facteur parmi d'autres.....</b>	<b>97</b>
5.3.1	Quelques facteurs socio-économiques .....	97
5.3.2	Contraintes médicales et contraintes pratiques.....	99

<b>5.4 Le monde social des employés de l'ABPF.....</b>	<b>102</b>
5.4.1 Attitudes envers les adolescents .....	102
5.4.1.a Description d'une sensibilisation .....	102
5.4.1.b Description d'une consultation .....	104
5.4.2 Représentations de la sexualité adolescente .....	107
5.4.2.a Une sexualité « à risque » .....	107
5.4.2.b Une sexualité (féminine) illégitime.....	109
<b>5.5 Interactions entre l'IPPF, l'ABPF, ses employés et la population locale.....</b>	<b>111</b>
5.5.1 Décalages représentationnels de la contraception médicalisée .....	111
5.5.2 Décalages représentationnels de la sexualité adolescente .....	112
<b>5.6 La question des recommandations finales.....</b>	<b>115</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>117</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>119</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>126</b>

## INTRODUCTION

La gestion de la fécondité est un phénomène universel qui se pratique par divers moyens, dont la contraception (McLaren, 1996; Moussa, 2008). En Occident, l'invention et la diffusion de la contraception « médicalisée » a accompagné la « transition démographique », qui consiste en une baisse de la mortalité conjointe à une baisse de la fécondité. Des services de « planification familiale »<sup>1</sup> se sont spécialisés dans la prestation de services liés à la contraception « médicalisée ». Ils existent depuis plusieurs décennies en Afrique, ayant été d'abord soutenus par divers institutions, organisations et bailleurs de fonds internationaux, avant de l'être également par les Etats africains eux-mêmes qui, pour la plupart, avaient de prime abord maintenu une politique pronataliste (Gautier, 2002).

La gestion de la fécondité d'une société en reflète l'ensemble des normes, des valeurs et des principes structurels; malgré cela, son étude n'a été que peu exploitée dans la littérature anthropologique (Browner et Sargent, 1996). Ce thème a été traité dans des disciplines variées, comme l'histoire (les plus prolifiques en la matière), la démographie, la sociologie et la psychologie. Il a également été au cœur des courants féministes et des perspectives de genre, tout comme le thème plus précis de la contraception. Sauf pour la démographie, peu de recherches en sciences sociales ont été menées sur la contraception et plus particulièrement la contraception médicalisée en milieu africain, notamment en Afrique francophone (Moussa, 2008). Quand ces recherches existent, les pratiques des populations y sont souvent perçues comme un « problème », lequel est alors expliqué de façon « culturaliste »<sup>2</sup> et réductrice.

L'adoption d'une typologie de la contraception, que ce soit selon le contexte à travers lequel elle est administrée ou selon son mode d'action, est une opération délicate, dans la mesure où, non seulement elle ne correspond pas toujours aux classifications émiques mais, qu'en plus, son vocabulaire ne donne pas lieu à un consensus dans la littérature spécialisée. J'adopterai dans ce travail trois termes distinctifs: la contraception « médicalisée », « naturelle » ou « locale ».

---

<sup>1</sup> La « planification familiale » provient de l'anglicisme « planning familial ». Il s'agit de la « planification des naissances choisie par le couple » (*Le Petit Robert*, sous l'entrée « Planning », Paris : Dictionnaires Robert, 2002).

<sup>2</sup> Didier Fassin propose « d'appeler culturalisme *la figure intellectuelle* qui essentialise la culture et en fait une interprétation en dernière instance des conduites humaines. Il est en effet défini par la combinaison d'une opération de *réification de la culture* [...] et d'un processus de *surdétermination culturelle* [...] » (2001: 186).

La contraception « naturelle » est basée sur la maîtrise du cycle menstruel et l'abstinence périodique (dont une des plus répandues est celle du « calendrier ») ou encore sur une maîtrise physique appelée « coït interrompu ». Précisons toutefois que *« the term “natural” is problematic when applied to contraception, as it implies that all others forms of contraception are inherently “unnatural” and that “natural” and “unnatural” methods are mutually exclusive »* (Russel et Thompson, 2000: 5).

Les méthodes « locales » sont composées des produits à base de plantes ou d'objets particuliers, tantôt prescrits par un « guérisseur », tantôt achetés sans l'intermédiaire d'un spécialiste, en vente ambulante ou au marché.

La contraception « médicalisée » regroupe les méthodes d'origine biomédicale et occidentale nécessitant théoriquement l'intervention d'un agent de santé, comme le dispositif intra-utérin (DIU), nommé communément le « stérilet », ainsi que toutes les méthodes hormonales<sup>3</sup> (telles que la pilule<sup>4</sup>, l'implant et les injections). Le préservatif est aussi d'origine occidentale, mais cette méthode contraceptive sera abordée à part, car elle ne nécessite pas de suivi médical et elle présente la spécificité d'être la seule qui protège des IST (Infections Sexuellement Transmissibles), dont le sida.

J'ai choisi d'axer mon enquête sur les méthodes médicalisées, d'une part dans l'idée de pouvoir mieux la circonscrire, et d'autre part, parce que ce sont celles qui soulèvent au niveau local le plus de réactions et de polémiques, notamment à cause du cadre médical de leur administration, de leur efficacité et de leurs effets secondaires. L'introduction et la diffusion de la contraception médicalisée, en Afrique et au Bénin, en particulier, a effectivement connu et connaît encore actuellement une résistance au sein de la population. Malgré que l'utilisation de ces méthodes y soit en augmentation, surtout en milieu urbain, elle reste minoritaire, par rapport aux méthodes naturelles et locales (Guillaume, 2004).

Quant au choix de baser mon étude de cas dans une clinique privée, il est motivé par deux de ses aspects. Premièrement, son appartenance à une ONG me permettait une entrée privilégiée sur la thématique du « développement », centrale dans beaucoup de discours sur la contraception médicalisée. Deuxièmement, du fait que la clinique soit spécialisée dans la planification familiale, la grande majorité des usagers y venaient pour pratiquer la

---

<sup>3</sup> Au sujet de la catégorisation des types de contraception selon leur mode d'action, voire Russel et Thompson (2000).

<sup>4</sup> Laquelle peut également s'acheter sur le marché local, que Yannick Jaffré appelle les « pharmacies par terre » (1999 a).

contraception médicalisée<sup>5</sup>. Cela m'évitait donc de devoir sélectionner les interlocuteurs en fonction des raisons de leur visite et cela me donnait aussi l'occasion d'une meilleure condition d'observation de la fréquentation de la clinique par rapport aux pratiques contraceptives médicalisées.

Ce travail pose la problématique des discours, des pratiques et des représentations sociales autour de la contraception médicalisée à Abomey, tout en s'axant plus particulièrement sur une étude de cas à la clinique de l'ABPF (Association Béninoise pour la Promotion de la Famille), une ONG béninoise qui est affiliée à l'IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), dont l'activité principale consiste en la diffusion de moyens de contraception (tant médicalisée que naturelle, ainsi que des préservatifs).

Des observations et analyses relatives à cette problématique, a émergé une question de recherche sur la fréquentation de cette clinique: il s'agit, à travers cette étude, de comprendre pour quelles raisons la grande majorité des usagères de la clinique sont mariées et déjà mères, alors que les adolescentes<sup>6</sup> fréquentent peu la clinique. Il s'agit aussi de comprendre ce que cette faible fréquentation vient révéler sur les représentations sociales de la fécondité, de la sexualité et de la contraception médicalisée. Le constat d'une faible fréquentation par les adolescentes de cette institution médicale se base à la fois sur les dires du personnel de la clinique et sur mes propres observations<sup>7</sup>. La question de recherche est donc née de ce constat et de la volonté de comprendre pourquoi les personnes les plus à risques ne fréquentent pas, paradoxalement, la clinique.

Cette basse fréquentation concerne également les femmes mariées sans enfants. Cependant, celles-ci sont d'emblée exclues de la problématique, car elles souhaitent enfanter dès que possible pour sceller leur union matrimoniale. En effet, leur statut de femme mariée,

---

<sup>5</sup> Effectivement, bien que l'ABPF promeuve aussi les méthodes naturelles et le préservatif, il semble que ceux qui les utilisent ne ressentent pas le besoin de fréquenter la clinique; jamais je n'ai rencontré un client venir expressément pour cela.

<sup>6</sup> Comme le disent les démographes Valérie Delaunay et Agnès Guillaume: « L'«adolescence» ou la «jeunesse» sont des concepts difficiles à définir, mais l'on reconnaît l'existence d'une période charnière du cycle de vie, passage de l'enfance à l'âge adulte, régie par des normes sociales de comportement. L'adolescent ou le jeune est souvent défini en référence à une classe d'âge [...] » (2007: 212). Par volonté de simplicité, j'entendrai la catégorie sociale des adolescent- es au sens d'une personne ayant entre 15 et 24 ans, étant célibataire (qui ne soit pas marié- e) et n'ayant pas d'enfants. Il faut cependant préciser que l'âge est ici un critère d'importance secondaire par rapport à celui du statut matrimonial.

<sup>7</sup> Sur plus d'une cinquantaine de clientes que j'ai vues à la clinique, seules trois étaient des adolescentes. D'après une étude d'évaluation, la fréquentation des adolescentes connaît depuis 2001 une baisse régulière. Sur cinq jours d'enquêtes, ont été recensés 85% de clients de plus de 25 ans et 88% de clients mariés: « [...] les jeunes filles fréquentent moins la clinique que les femmes ayant déjà eu un enfant » (Finoude, Gbédjissokpa et Sonon, 2008: 80).

et la pression sociale et familiale qui les entoure, les pousse nécessairement à la volonté d'avoir un enfant à ce moment-là de l'existence féminine, ce qui serait contradictoire avec l'emploi d'une pratique contraceptive; les femmes mariées sans enfants qui fréquentent la clinique ne le font donc que dans le but de profiter du service appelé « désir de maternité »<sup>8</sup>. Il semble par contre plus difficile de comprendre pourquoi les adolescentes qui sont déjà sexuellement actives et qui ne cherchent pas à enfanter ne se rendent pas à la clinique. D'autant plus qu'il y aurait, d'après plusieurs études, une extension de la sexualité prémaritale, en raison au un recul de l'âge du mariage, tout au moins dans les milieux urbains tels que celui d'Abomey (Delaunay et Guillaume, 2007; Bop et Sow, 2004; Katz, Naré et Tolley, 1997; Gage, 1998).

Je commencerai par évoquer la polémique que provoque la contraception médicalisée à Abomey, en analysant les discours des divers acteurs en jeu, identifiés en tant que ses promoteurs, ses résistants et ses utilisateurs. Ensuite, j'étudierai les pratiques de contraception médicalisée ayant lieu à la clinique de l'ABPF, d'abord sous l'angle des relations et des interactions sociales entre personnel soignant et usagers, puis sous l'angle des rapports de genres; je développerai spécifiquement la question des rapports conjugaux locaux dans la pratique de la contraception et terminerai cette partie par des considérations plus théoriques sur le rôle de la contraception dans la transformation des rapports de genres.

A l'aide de l'analyse de ces différents discours et pratiques, j'ai pu identifier diverses représentations sociales (de la sexualité, de la fécondité et de la contraception médicalisée), qui à leur tour permettent de proposer une réponse à ladite question de la faible fréquentation de la clinique par les adolescentes. Pour ce faire, je me suis autant intéressée aux représentations de la population locale, qu'à celles véhiculées par les différents acteurs de la « configuration développementiste »<sup>9</sup>. Une interprétation culturaliste n'aurait pris en compte que les représentations locales; elle aurait, de plus, réduit la réalité sociale à son seul aspect représentationnel (Fassin, 2001). C'est pourquoi j'évoquerai également quelques facteurs de cette faible fréquentation qui soient autres que représentationnels, afin de montrer que la

---

<sup>8</sup> L'animateur de zone de l'ABPF du Zou l'exprima ainsi: « Si une femme mariée n'arrive pas à avoir d'enfant, elle ne peut jamais chercher à adopter une méthode contraceptive. Si elle adopte une méthode, c'est parce qu'elle sait qu'elle a déjà fait d'enfants, elle n'en veut plus, ou elle ne veut pas faire d'enfants rapprochés. Mais si elle n'a jamais fait d'enfants et qu'elle est sous le toit d'un mari, elle ne va pas aller chercher à adopter une méthode contraceptive ».

<sup>9</sup> « On appellera "configuration développementiste" cet univers largement cosmopolite d'experts, de bureaucrates, de responsables d'ONG, de chercheurs, de techniciens, de chefs de projets, d'agents de terrain, qui vivent en quelque sorte du développement des autres, et mobilisent ou gèrent à cet effet des ressources matérielles et symboliques considérables » (Olivier de Sardan, 1995: 7). Cette configuration développementiste est représentée dans cette enquête par l'IPPF et l'ABPF (incluant ses membres et employés).

focalisation sur les représentations, dans cette dernière partie, est un simple choix de ma part. Je conclurai par des considérations sur les relations entre l'anthropologie, le « développement » et la « santé publique ».

## **1. Du contexte international au contexte local**

### **1.1 Contraception médicalisée et régulation de la fécondité**

La contraception constitue un des aspects de la gestion de la fécondité, conjointement à l'avortement, l'infanticide et la lutte contre la stérilité (Moussa, 2008). Il ne faudrait pas croire que c'est grâce à la contraception médicalisée que la fécondité a pu être régulée, car celle-ci l'a été de tout temps et en tout lieu. C'est un fait prouvé depuis longtemps tant par les anthropologues que par les historiens (Gautier, 2004).

Dans son *Histoire de la contraception*, Angus McLaren soutient que la baisse de la fécondité a eu lieu dans les pays occidentaux bien avant la création et la diffusion de la contraception médicalisée, soit au moyen tant des préservatifs que des méthodes naturelles. Or ce serait la baisse de la fécondité, elle-même, qui aurait poussé à l'invention et à la diffusion de la contraception médicalisée, plus que l'inverse. Selon lui, ce changement, couramment appelé « révolution contraceptive », se situe donc plus à un niveau d'efficacité des méthodes, qu'il ne résulte d'une relation de cause à effet entre contraception médicalisée et baisse de la fécondité (1996). Pour l'historienne et démographe Arlette Gautier, l'évolution la plus importante est liée au fait qu'avant la contraception médicalisée, la régulation de la fécondité « l'était au niveau communautaire ou familial » (2004: 1). La diffusion de la contraception médicalisée s'accompagne donc d'une étatisation et d'une internationalisation des normes en la matière, qui datent de l'invention de la notion de « population » et du souci démographique (Foucault, 1976).

### **1.2 La régulation de la fécondité au cœur du discours sur le développement**

#### **1.2.1 Le concept de « santé de la reproduction »**

L'internationalisation des normes en matière de contraception a parfois pris une tournure conflictuelle. Par exemple, lors de la Conférence de Bucarest en 1974 (conférence mondiale organisée par les Nations Unies sur le thème de la population), alors que les « pays développés » enjoignent les « pays en voie de développement » à prendre des mesures

antinatalistes, ces derniers récusent que « le développement est la meilleure pilule qui soit » (Gautier, 2002: 69). Un débat a ainsi vu s’opposer les défenseurs d’une primauté de la prise en compte des ressources sur les questions démographiques, à ceux qui estimaient que la diffusion des méthodes médicalisées de contraception était prioritaire devant la soi-disant explosion démographique en cours (Gautier, 2004). La polarisation de ce débat s’est illustrée par le contraste des politiques nationales en la matière, allant de l’interdiction de la contraception médicalisée à son usage coercitif<sup>10</sup>.

Depuis la Conférence du Caire en 1994 (conférence internationale sur la population et le développement), les programmes internationaux de planification familiale ne se réduisent plus au seul objectif de baisse de la fécondité et ne se limitent plus au seul cadre idéologique néomalthusien qui prévalait jusque-là, mais sont intégrés dans une politique plus générale de « santé de la reproduction ». Celle-ci comprend les thèmes de « la santé de la mère et de l’enfant »<sup>11</sup>, de la régulation de la fécondité et de « la santé sexuelle »<sup>12</sup>. Il s’agit donc à la fois d’une extension considérable des services de planification familiale et d’un tournant paradigmatique passant « de la justification macro-économique à celle des droits de l’individu » (*Ibidem*: 2). Le concept de « santé de la reproduction », qui a pris de l’ampleur depuis les années 1980, a émergé grâce à trois sources: l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les mouvements antinatalistes et les mouvements de femmes internationaux (Gautier, 2002). Il correspond à une vision universaliste du développement social et sanitaire et le champ qu’il recouvre ne prend donc plus seulement en compte des considérations d’ordre médical, mais aussi juridiques. En outre, « il oblige à considérer la santé des adolescentes, jusqu’à présent exclues des services de planification familiale » (Bonnet et Guillaume, 2004: 15).

### **1.2.2 L’accès aux services de planification familiale**

Les corollaires du concept de « santé de la reproduction » sont les « droits reproductifs », la « parenté responsable » ainsi que la « maternité sans risque » et « la sexualité sans risque ». Il a par ailleurs été reconnu que ces « droits fondamentaux » ne s’appliquaient pas, jusqu’à

---

<sup>10</sup> Comme par exemple les pratiques de stérilisation adoptées en Inde dans les années 1950 ou le contrôle des naissances strict en Chine (Bonnet et Guillaume, 2004).

<sup>11</sup> La contraception est bénéfique pour la santé de la femme et de l’enfant du fait que celle-ci est menacée par le manque d’espacement des naissances, par un nombre d’accouchements élevé et par les accouchements tardifs.

<sup>12</sup> « Les domaines concernés sont dorénavant: la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, de l’accouchement et de l’avortement, l’infécondité, les infections génitales, les maladies sexuellement transmissibles et le sida, les cancers du sein et de l’appareil génital, les morbidités et les maladies maternelles et infantiles ainsi que les mutilations et les violences sexuelles. La notion de “santé sexuelle” [...] est capitale car elle change radicalement l’approche de la question de la reproduction. En effet, elle dissocie la sexualité de la procréation, ce qui a pour effet d’élargir le champ des personnes concernées [...] » (Bonnet et Guillaume, 2004: 15).

présent, aux femmes et qu'il fallait par conséquent « renforcer leurs capacités de négociation, individuelles et collectives, et mettre en œuvre des politiques spécifiques pour qu'elles puissent décider librement et sans risque de l'utilisation de leurs capacités procréatrices » (Adjamagbo, Msellati et Vimard, 2007: 13). Les lois qui exigeaient l'accord du conjoint pour avoir « accès »<sup>13</sup> à la contraception médicalisée ont alors été abolies. Ces mêmes auteurs nous informent encore que les membres de la Conférence du Caire, ainsi que de celle de Beijing qui la suivit en 1995 (quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes) « ont adopté des déclarations soulignant que les progrès en matière de santé de la reproduction devaient être accessibles aux femmes et aux hommes, quel que soit leur âge et leur situation, et en particulier aux adolescents. Malgré ces intentions, il apparaît que les programmes de planification familiale ciblent plus souvent les femmes mariées » (*Ibidem*: 27).

On constate ainsi un écart entre l'accessibilité aux moyens de contraception médicalisée officiellement souhaitée au niveau international et la fréquentation effective des services de planification familiale. Un autre écart entre théorie et pratique est exprimé par Gautier qui dénonce le fait que « le changement de paradigme – des objectifs macro-sociaux à l'individu – [est] loin d'être accompli » (2004: 15).

### **1.2.3 L'International Planned Parenthood Federation**

Le plaidoyer fait par les organismes internationaux en faveur de la santé de la reproduction a été repris par les Etats et les institutions paraétatiques comme les ONG et autres associations (Moussa, 2008). L'ancêtre de l'IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) est l'*American Birth Control League*, fondée par Marie Sanger, une féministe américaine qui prônait l'ouverture de cliniques de contrôle des naissances « pour les pauvres » (McLaren, 1996). L'IPPF en tant que telle a été fondée en 1952, lors de la Troisième Conférence Internationale sur la Parenté Planifiée, à Bombay. C'est une fédération internationale d'associations nationales, d'origine donc américaine et dont le siège se trouve actuellement à Londres. Elle est, de plus, organisée en plusieurs unités régionales. L'une de ces unités est l'IPPFRA (*International Planned Parenthood Region of Africa*). Son siège est à Nairobi (Kenya) et elle regroupe les associations nationales d'Afrique subsaharienne. L'IPPF se présente comme étant « *a global service provider and a leading advocate of sexual and*

---

<sup>13</sup> Après avoir soulevé la multiplicité des définitions du terme « accès », Jean Luc Richard adopte, dans sa thèse de géographie, la perspective de Roy Penchansky et Thomas William (« The concept of access : définition and relationship to consumer satisfaction », *Medical Care*, 19 (2), 1980, pp. 127-141). Ils conçoivent le concept d'« accès » comme un degré de concordance entre les clients potentiels et le système de soins, et décomposent ce concept en cinq points bien définis: la disponibilité, l'accessibilité, la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité (Richard, 2001: 14).

*reproductive health and rights for all* » qui « *advocate for universal access to contraceptives, gender equality and safe abortion* », tout comme elle agit en faveur de l'avancement de la santé et des droits de l'homme<sup>14</sup>. La plus grande partie du financement de l'IPPF provient de budgets gouvernementaux d'aide au développement. Viennent ensuite (en ordre décroissant d'importance) les participations de fondations, des organismes des Nations Unies, de Commissions européennes et de particuliers. L'ABPF, en tant que membre de l'IPPF, est une association béninoise, dépendant de l'IPPFRA pour ce qui est de ses directives et grandes lignes d'action<sup>15</sup>, et en grande partie de l'IPPF pour son financement.

#### **1.2.4 Le contexte africain**

« La transition démographique » est l'une des théories les plus connues en démographie. Elle consiste au passage progressif d'une mortalité (notamment juvénile et infantile) et fécondité hautes à une mortalité et fécondité basses. Elle a débuté depuis le XVIII<sup>ème</sup> siècle en Europe et est aujourd'hui quasi universelle. En Afrique, elle a été entamée plus tardivement qu'ailleurs. Le démographe et économiste Raïmi Fassissi constate que « certes, dans son ensemble, l'Afrique s'est inscrite également dans le processus mondial de la baisse de la fécondité, mais cette diminution est restée faible tout particulièrement dans sa partie située au sud du Sahara » (2006: 5), ce qu'il explique par la « paupérisation de masse » et par la « remontée de la mortalité, situation jusque-là inédite dans l'histoire de la transition démographique mondiale » (*Ibidem*: 8). L'Afrique subsaharienne est effectivement la région du monde où la fécondité est maximale (Rollet, 2006).

Cette région se distingue aussi par un faible recours aux méthodes contraceptives médicalisées et un fort recours aux méthodes naturelles, les populations utilisant la contraception médicalisées étant généralement les plus urbaines et instruites (Guillaume, 2004). La démarche contraceptive a été plus tardive dans les pays africains francophones qu'anglophones, à cause de l'héritage colonial de la loi française de 1920<sup>16</sup>. Beaucoup de ces pays avaient opté pour une politique pronataliste jusqu'à la crise économique des années 1980, laquelle initia une intégration gouvernementale de la « problématique population-développement » et une intransigeance en la matière de la part des bailleurs de fonds<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Voir [www.ippf.org](http://www.ippf.org). Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>15</sup> Le directeur exécutif de l'ABPF m'a ainsi expliqué que l'ABPF traitait surtout avec « Nairobi », c'est-à-dire avec l'IPPFRA.

<sup>16</sup> Loi « destinée à lutter contre la dénatalité en France aux lendemains de la première guerre mondiale » (Fassissi, 2006: 9).

<sup>17</sup> « Pour beaucoup de bailleurs de fonds, en particulier la Banque mondiale, les agences de coopération des Etats-Unis et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la croissance de la population africaine,

(Gautier, 2002). Actuellement, en Afrique, tous les pays ont adopté une politique encourageant la planification des naissances, mais les situations y restent très diverses d'un pays à l'autre (Fassassi, 2006).

### **1.3 Planning familial et offre contraceptive au Bénin**

#### **1.3.1 Le Bénin**

Le Bénin est un petit pays côtier d'Afrique subsaharienne, dont les pays limitrophes sont le Togo, le Burkina Faso, le Niger et le Nigéria. Sa capitale administrative est Porto Novo, sa capitale économique Cotonou et sa langue officielle le Français, bien que de nombreuses langues soient parlées dans le pays, reflétant sa diversité culturelle. On y a recensé une cinquantaine d'ethnies, qui pour la plupart se rattachent historiquement à trois grands groupes: les Adja-fon qui ont surtout peuplé le Sud jusqu'à la latitude d'Abomey, les Yoruba, implantés au centre et au Sud-est du pays, et les Bariba concentrés au Nord-est. Moins nombreux, les Dendi se trouvent surtout dans la région Nord-Ouest. D'autres ethnies minoritaires peuplent également le Nord, comme les Peuls et les Bétamaribé. Outre sa diversité ethnique, le Bénin est marqué par une grande différence climatique et économique entre le Nord et le Sud du pays: le Sud est subéquatorial et humide alors que le Nord est subtropical, donc plus chaud et plus sec; le Sud est plus industrialisé que le Nord. Les Fons forment l'ethnie majoritaire du pays. Ils appartenaient au royaume de « Danhomé », aussi appelé royaume « d'Abomey », du fait que sa capitale historique est Abomey. Le Bénin est une ex-colonie française, appelée en son temps le « Dahomey » (qu'il ne faut pas confondre avec les limites du royaume ex-colonial de « Danhomé »). Suite à la décolonisation, le pays a connu de nombreux coups d'état avant de devenir une des premières démocraties d'Afrique. Son économie est principalement basée sur l'agriculture; quant à la religion, sa population se répartit principalement entre « religions traditionnelles » (dont particulièrement le culte des ancêtres et le vodun, souvent liés), et deux religions monothéistes: le catholicisme et l'islam. Le protestantisme y a également un certain poids. Je ne présenterai pas de statistiques ici pour illustrer ces proportions, étant donné l'importance qu'a au Bénin le syncrétisme religieux.

La population, à majorité rurale, est d'environ huit millions d'habitants. En 2005, le nombre d'enfants par femme se trouvait être au Bénin le plus bas d'Afrique subsaharienne (Rollet, 2006) et son indice synthétique de fécondité actuel s'élève à 5,5 (Finoude,

---

l'une des plus forte du monde, est un obstacle au développement de l'Afrique. Pour pouvoir continuer à recevoir l'assistance financière de ces bailleurs de fonds, tous les pays africains ont adopté un programme de population, dans lequel la planification familiale est le programme le plus important » (Bop et Sow, 2004: 171).

Gbedjissokpa et Sonon, 2008); le taux de mortalité juvénile est de 152/1000, celui de mortalité infantile de 90/1000 et enfin celui de mortalité maternelle est de 850/1000<sup>18</sup>. Il s'agit de l'un des pays d'Afrique subsaharienne les moins touchés par le virus du sida et où l'espérance de vie de la population est de 54 ans (Fassassi, 2006). Ces divers indices nationaux connaissent une différence notable entre les zones rurales et urbaines, tout comme c'est aussi le cas s'agissant de la prévalence de la contraception moderne (*Ibidem*).

La loi de 1920 interdit l'avortement et la contraception. Si l'avortement n'est légal que sous des conditions restrictives<sup>19</sup> - bien que l'avortement clandestin soit une pratique courante et qu'elle est un risque pour la santé des femmes (Bonnet et Guillaume, 2004) - la publicité en faveur de la contraception est quant à elle actuellement tolérée<sup>20</sup>. Depuis l'indépendance du pays (en 1960), et plus particulièrement au cours des années 1970, l'Etat béninois a fait d'importants efforts pour fournir une couverture sanitaire de base à la population globale, avec la contribution de la coopération internationale et des secteurs privé, confessionnel et associatif (Richard, 2001). L'ABPF existe au Bénin depuis 1970 et la santé de la reproduction constitue un des volets du Programme de Coopération Bénin-UNFPA (Fond des Nations Unies pour la Population), amorcé en 1972<sup>21</sup>. Ce n'est qu'en 1983 que les activités de planification familiale ont officiellement été intégrées aux services de « santé maternelle et infantile » avec la création du « Projet Bien-Etre Familial »<sup>22</sup>. Quant à la « Depolio » (Déclaration d'une politique de population), elle date au Bénin de 1996 et « affiche les nouvelles ambitions démographique du [pays] qui est resté longtemps sur sa position de pays pronataliste au cours des différentes enquêtes des Nations Unies dans la décennie 1980 » (Fassassi, 2006: 10). Malgré l'existence de la Depolio, l'économiste et démographe béninoise Odile Attanasso rappelle que ce n'est qu'en 2003 qu'une loi (N°2003/4 du 03 mars 2003) relative à la santé de la reproduction et à la santé sexuelle a été adoptée, donnant la liberté de choix aux individus en matière de contraception. Son étude montre également que la pratique contraceptive est faible au Bénin et que les méthodes naturelles sont les moyens essentiels de régulation des naissances (2007).

---

<sup>18</sup> Voir « Country Health System Fact Sheet 2006, Benin »,

[http://www.afro.who.int/home/countries/fact\\_sheets/benin.pdf](http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/benin.pdf). Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>19</sup> L'avortement n'est légal que sous trois conditions: en cas de viol et de danger pour la santé de la femme ou de l'enfant.

<sup>20</sup> Voir <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Benin/ABPF/ABPF.html>. Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>21</sup> Voir <http://benin.unfpa.org>. Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>22</sup> Voir « *Situation analysis of the Benin family planning program. Preliminary report.* » Benin, Ministère de la Santé, 1994 »: <http://www.popline.org/docs/1421/168406.html>. Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

### 1.3.2 L'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille

L'ABPF est née sous l'appellation originelle de « Comité National du Dahomey pour le Planning Familial » (CNDPF) puis a été officiellement reconnue en 1972, sous le titre de « Comité National du Bénin pour la Planification Familiale » (CNBPF)<sup>23</sup>. Sa création correspond à un moment particulier que Fassissi décrit comme « la naissance d'associations de bien-être familial, émanant de la société civile mais très fortement subventionnées par des ONG internationales essentiellement américaines, [laquelle] aura été une autre étape importante dans l'émergence d'une vision nouvelle des questions de population dans des pays encore fortement acquis à la natalité » (2006: 21). L'ABPF est « en date et en termes d'ampleur de l'activité, la première association de planification familiale au Bénin »<sup>24</sup>. Elle a cependant connu en 2004 une restructuration à l'instigation de l'IPPF, suite à une mauvaise gestion financière, qui l'a considérablement affaiblie<sup>25</sup>. De plus, elle est aujourd'hui largement concurrencée par d'autres programmes d'aide au développement travaillant dans le même domaine. Il faut encore préciser que si l'IPPF est le partenaire principal de l'ABPF (qui dépend à 80 % de ses subventions), elle est également soutenue dans ses actions par le gouvernement béninois<sup>26</sup> et par d'autres associations partenaires.

Depuis la Conférence du Caire, toutes les associations membres de l'IPPF sont censées étendre leurs services à d'autres domaines que la planification familiale seule, services désormais également inclus dans le concept de santé de la reproduction. On peut lire sur le site de l'IPPF, au sujet de l'ABPF, que « *the Association intends to increase the number of new acceptors at all our clinics, including the number of clients receiving non-family planning services such as infertility services, maternal and child health services, and treatment for sexually transmitted infections* »<sup>27</sup>. Les activités de l'ABPF ont donc évolué et continuent de le faire dans ce sens. La contraception reste néanmoins son domaine privilégié, tant au niveau de ses prestations, qu'au niveau de l'image qu'en a la population.

Il s'agit d'une association d'ampleur nationale et décentralisée. Son siège se trouve à Cotonou, mais ses cliniques dépendent directement de coordinations régionales. Elle possède sept cliniques réparties dans tout le pays. Les activités de l'ONG ne se réduisent cependant pas à la gestion de ces cliniques, ni à la seule contraception, puisqu'elles comprennent aussi:

---

<sup>23</sup> D'après les informations de l'assistant du directeur exécutif de l'ABPF (5.11.07).

<sup>24</sup> Voir <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Benin/ABPF/ABPF.html>. Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>25</sup> Son image en a pâti, les subventions de la part de l'IPPF ont diminué le temps de rembourser la dette contractée et de nombreux licenciements ont eu lieu, augmentant les charges des employés restants. Avant la restructuration, la clinique d'Abomey comptait trois employés de plus que les deux actuels.

<sup>26</sup> L'ABPF est en cours d'obtenir le titre d'« association d'utilité publique ».

<sup>27</sup> Voir [www.ippf.org](http://www.ippf.org). Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

des campagnes de sensibilisation « mobiles »<sup>28</sup> (animés essentiellement par des « animateurs de zone » mais aussi par les agents de santé des cliniques), des programmes dits « de genre » (consistant le plus souvent en la promotion d'activités lucratives en faveur des femmes), huit centres socioéducatifs animés par et pour des adolescents et des « services à base communautaire », qui permettent entre autres la cession de produits contraceptifs dans des zones rurales ou urbaines, éloignées des cliniques.

Elle est composée essentiellement de Béninois et sa structure de base est composée de volontaires chargés de définir les orientations générales (organisés en niveaux nationaux, départementaux et communaux) et d'un personnel salarié ayant pour tâche leur mise en œuvre (membres de la direction exécutive à Cotonou, coordinateurs dans chaque département, agents de santé et animateurs de zone)<sup>29</sup>. S'y ajoutent d'autres volontaires adultes qui eux ne font pas partie des Bureaux et des volontaires adolescents, réunis dans l'association « Mouvement d'Actions des Jeunes de l'ABPF » (MAJ-ABPF), laquelle dépend de l'ABPF et vise à « renforcer l'information et les droits des jeunes en matière de santé sexuelle, et ce par l'intermédiaire de jeunes pairs formés à cet effet »<sup>30</sup>. Ses membres doivent avoir entre 15 et 24 ans<sup>31</sup>.

### 1.3.3 L'Offre contraceptive de l'ABPF

Comme je l'ai déjà mentionné, l'ABPF propose des méthodes contraceptives tant médicalisées que naturelles et fait aussi la promotion du préservatif. Face à une nouvelle usagère, les agents de santé des cliniques commencent par lui exposer toutes les méthodes disponibles en leur expliquant leurs avantages et leurs inconvénients, c'est-à-dire leur coût, mode et temps d'action ainsi que leurs éventuels effets secondaires, mais sans mentionner leurs taux d'efficacité. L'éventail des méthodes est large, sans être pour autant exhaustif<sup>32</sup>.

---

<sup>28</sup> C'est-à-dire qu'elles se déroulent hors des cliniques, soit dans des lieux publics, soit au cours d'émissions radiophoniques.

<sup>29</sup> Voir <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Benin/ABPF/ABPF.html>. Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>30</sup> « L'existence de ces organes de jeunes ne saurait remettre en cause la reconnaissance de l'organe des adultes comme les seuls représentants moraux et légaux de l'Association. Cette responsabilité ne saurait être confiée aux organes de jeunes qui représentent la pépinière de l'Association. » Association Béninoise pour la Promotion de la Famille, *Règlement intérieur*, 2007, p. 12.

<sup>31</sup> Dans le cadre de mon enquête, j'ai mené des entretiens avec des volontaires du Bureau départemental Zou/collines, ainsi qu'avec des volontaires du Bureau communal de Savalou, avec plusieurs membres de la direction exécutive et avec le personnel de la clinique d'Abomey (une coordinatrice régionale et sage-femme, une infirmière et un animateur de zone); avec une fille membre du MAJ au niveau national, et une dizaine de membres du MAJ d'Abomey.

<sup>32</sup> Par exemple, on y pratique les injections de un (« cyclofem ») ou deux mois (« noristerat »), mais pas celle de trois mois (« Depo-Provera »), abandonnées à cause de l'intensité de ses effets secondaires. Cette information provient de l'infirmière de la clinique de l'ABPF à Abomey, qui affirme également que les autres centres de santé font de même.

Les méthodes médicalisées dont elle dispose sont le stérilet et les méthodes hormonales comme l'injection, la pilule (dont aussi celle dite « du lendemain ») et l'implant. Quant aux méthodes naturelles, seules deux d'entre elles y sont promues: celle du « collier » qui est une version simplifiée (et « matérialisée », justement sous forme de collier) de la méthode dite du « calendrier »<sup>33</sup>, ainsi que la MAMA (Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée) qui consiste en l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois après l'accouchement, ce qui retarde l'apparition de la première ovulation.

En conclusion, toutes les méthodes, qu'elles soient médicalisées ou naturelles ne sont pas disponibles à l'ABPF. Les stérilisations n'y sont pas non plus pratiquées, ni masculines, ni féminines. D'ailleurs, tant l'ONG dans la présentation qu'elle fait d'elle-même, que les agents de santé ou animateurs au cours des séances d'information, insistent sur la réversibilité de toutes les méthodes qu'elle propose.

## **1.4 Abomey: les spécificités d'un contexte urbain**

### **1.4.1 Abomey**

La petite ville d'Abomey est la capitale de l'ancien royaume fon homonyme<sup>34</sup>. Ce royaume est particulièrement connu pour son rôle historique dans la traite négrière et sa résistance envers la colonisation française. La ville est l'actuel chef-lieu du département du Zou. Elle est principalement peuplée de membres de l'ethnie Fon et la langue locale s'appelle également le « Fon ». La religion catholique et la religion dite « traditionnelle » vodou y sont prédominantes (bien qu'on y trouve aussi des minorités musulmanes et protestantes).

Elles représentent les autorités religieuses les plus influentes au sein de l'empilement des pouvoirs locaux (Bierschenk et Olivier de Sardan, 1998)<sup>35</sup>, aussi composé de notables variés - dont notamment les fonctionnaires et les leaders d'ONG locales, qui « peuvent être ainsi décrits comme de véritables “courtiers du développement” » (*Ibidem*: 43) - d'autorités politiques locales et de diverses autorités coutumières<sup>36</sup>: soit lignagères, territoriales ou royales. La ville connaît actuellement deux rois, en perpétuelle compétition politique: le Roi

---

<sup>33</sup> Basée sur la maîtrise du cycle menstruel et l'absence périodique.

<sup>34</sup> « Le royaume d'Allada avait été formé vers la fin du XVI<sup>ème</sup> siècle par des réfugiés aja de Tado (au Togo actuel) qui s'étaient mêlés à la population autochtone, les Aizo. Ce sont les ancêtres du peuple fon. [...] Plus tard [des] querelles au sujet de la prise de pouvoir allaient susciter le départ de deux branches rivales, l'une prenant la direction du nord et s'installant dans la région d'Abomey, l'autre se dirigeant à l'est pour y créer le royaume d'Ajaché (Porto-Novo) » (Savary, 1975: 33). Voir le point 1.3.1 « Le Bénin ».

<sup>35</sup> C'est-à-dire que les institutions politiques ne se remplacent pas, avec l'évolution historique, mais se superposent.

<sup>36</sup> Autrement dit, des institutions nées à une époque antérieure. Certaines sont précoloniales, d'autres sont elles-mêmes issues de la colonisation.

Béhanzin, descendant du roi du même nom et le Roi Agoli-Agbo, descendant, lui aussi, du roi du même nom et imposé par les Français après leur victoire. Le premier Roi du nom de Béhanzin avait résisté à la colonisation; les Français l'avaient exilé et l'avaient remplacé par l'un de ses frères, le Roi Agoli-Agbo.

Le système de parenté aboméen est patrilinéaire et patri-virilocal. L'organisation matrimoniale monogame y côtoie la polygame, majoritaire et plus «traditionnelle» (Quénum, 1999). Il existe trois types de mariage à Abomey: le mariage « traditionnel » comprenant une dote (payée par le mari), le mariage religieux (chrétien ou musulman) et le mariage civil. A ces différents types de mariage répondent une variété de combinaisons, selon les appartenances sociales du couple. Un ménage peut être considéré comme marié sans qu'une cérémonie n'ait eu lieu, du seul fait de vivre une relation officielle ou d'habiter ensemble. La naissance d'un premier enfant est l'évènement qui scelle l'union matrimoniale: « souvent d'ailleurs les rites du mariage n'ont qu'une importance secondaire. La mise en ménage peut s'effectuer d'une manière progressive, de sorte qu'il est difficile de déterminer le moment précis où juridiquement le couple est considéré comme marié. Il faut attendre la naissance du premier enfant pour que l'union prenne sa pleine signification » (Erny, 1988: 24).

#### **1.4.2 L'offre contraceptive à Abomey**

L'offre contraceptive à Abomey est variée et se décline sous plusieurs formes: on recense soit la contraception locale, administrée par un spécialiste ou prise en automédication, soit la contraception médicalisée, administrée par des agents de santé ou prise en automédication<sup>37</sup>. Un bref panorama de cette offre contraceptive permettra de mieux y situer la clinique de l'ABPF.

Des guérisseurs maîtrisant la médecine locale proposent des recettes contraceptives à base de plantes, souvent ingérées sous forme de tisanes ou transformées en poudre, ainsi que des bagues et cordelettes contraceptives à attacher autour de la hanche, parfois elles-mêmes imprégnées de coctions végétales<sup>38</sup>. On peut également acheter des plantes aux attributs contraceptifs sur le marché. Quant à l'offre en termes de contraception médicalisée, elle ne se

---

<sup>37</sup> Ce découpage correspond au modèle, proposé par Piero Coppo, Lelia Pisani et Fadimata Walet Oumar, qui est une adaptation pour le contexte malien du « système de soins » que Arthur Kleinman identifia à partir de son expérience à Taiwan (*Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London, 1980, 427 p.). Ce modèle se base sur trois secteurs: celui de la « médecine traditionnelle savante », celui de la « médecine conventionnelle professionnelle » (biomédecine) et celui de l'« automédication », incluant celle par remèdes « conventionnels » ou « traditionnels » (Coppo, Pisani et Walet Oumar, 1990: 10-12).

<sup>38</sup> Le directeur des programmes de l'ABPF m'a aussi parlé à ce sujet d'« amulettes », mais je n'ai pas eu l'occasion d'en voir à Abomey.

limite pas à l'ABPF: elle existe à l'hôpital de zone, à la maternité et dans plusieurs autres centres de santé publique, cliniques ou cabinets gynécologiques privés. Par ailleurs, certains aides-soignants et infirmiers « arrondissent leurs fins de mois » (animatrice de zone des Collines, 28.1.08) grâce à des prestations contraceptives officieuses, offertes soit dans la rue<sup>39</sup>, soit à leur domicile ou à celui de leurs patients<sup>40</sup>. On peut également acheter certains produits contraceptifs en pharmacie et sur le marché (surtout la pilule et le préservatif). D'autres ONG travaillent également dans le domaine de la promotion de la planification familiale; une ONG voisine de l'ABPF, « Handicap plus », promeut spécifiquement la méthode naturelle du collier. Les méthodes naturelles sont répandues à Abomey, telles que celle du calendrier, celle du coït interrompu et celle de l'allaitement prolongé et de l'abstinence sexuelle en période postpartum. Celle-ci est parfois instaurée par la séparation temporaire des époux, la femme restant par exemple chez ses parents ou ses beaux-parents pendant plusieurs mois voir des années<sup>41</sup> (Quénum, 1999).

Les coûts des prestations de l'ABPF sont moins élevés que ceux de l'hôpital publique, et encore moins que ceux des cliniques privées. Mais, comparativement, l'automédication reste l'option la moins chère, puisqu'en l'absence de suivi médical, son seul coût consiste en l'achat du produit<sup>42</sup>. Or c'est ce suivi que l'ONG met en avant comme qualité distinctive des services qu'elle offre. Une fois, un homme est venu acheter la pilule à la clinique, mais la sage-femme la lui a refusée car il ne savait pas la marque qu'il voulait. Elle s'est alors exclamée: « On n'est pas au marché ici ! »<sup>43</sup>. La spécialisation des agents de santé de l'association est ainsi mise en avant comme étant un critère de choix par rapport à l'automédication et aux prestations officieuses des aides-soignants. L'animatrice de zone des

---

<sup>39</sup> Selon les dires de l'animatrice de zone du département des Collines.

<sup>40</sup> Jaffré et Olivier de Sardan ont identifié une pratique similaire en Côte d'Ivoire, appelée le « gombo » (2003: 67).

<sup>41</sup> Selon Claude Savary, l'abstention postpartum de plusieurs années expliquerait en partie les origines de la polygamie (1976).

<sup>42</sup> En effet, le prix de la plaquette de pilules, par exemple, est le même à l'ABPF et au marché (100 frs CFA), mais est plus élevé à la pharmacie (où le prix diffère selon la marque). Par contre, la venue à l'ABPF compte d'autres dépenses, comme le coût de la consultation (la consultation "de base" coûte 200 francs CFA et la consultation gynécologique 1000 frs CFA, les papiers administratifs - fiches, carnets de rendez-vous, etc. - coûtent 400 frs CFA); ou encore comme le coût des interventions médicalisées ou des éventuels médicaments prescrits selon les méthodes (par exemple, le stérilet coûte 400 frs CFA, mais il faut encore inclure son insertion à 200 frs CFA et l'achat de médicaments afin de prévenir des effets secondaires tels que des maux de bas-ventre (250 frs CFA) et son contrôle (400 frs CFA). Ces informations concernant les différents prix proviennent des affiches faisant la promotion des « produits contraceptifs » et des « prestations cliniques » accrochées dans la clinique.

<sup>43</sup> Les citations des interlocuteurs que je côtoyais quotidiennement ou régulièrement à la clinique ne seront pas datées. Cela concerne: l'infirmière, la sage-femme et l'animateur de zone du Zou.

Collines m'a expliqué à ce propos que c'est « par ignorance [qu'] on se confie à des filles de salle, des garçons de salle, qui ne sont pas mûrs en la matière. Donc pour se planifier efficacement, mieux vaut faire recours à un acteur de la chose, c'est-à-dire à un acteur de l'ABPF, qui ne fait que ça » (28.1.08). Les usagers expliquent généralement leur fréquentation de la clinique du fait de sa spécialisation en la matière<sup>44</sup>. Selon le rapport d'étude de Mathias Finoude, Gabriel Gbedjissokpa et Gustave Sonon, la clinique « est le seul centre spécialisé dans l'offre des services de PF [planification familiale] dans la ville. La majorité des services qu'elle offre est de la PF; c'est dire que le passage de la PF à la SR [santé de la reproduction] n'est pas encore effectif dans cette clinique » (2008: 54).

### 1.4.3 La clinique de l'ABPF

La « clinique de référence régionale » de l'ABPF à Abomey se situe dans le quartier d'Ahouaga. Elle est le siège de la « coordination régionale » qui couvre les départements du Zou et des Collines, dont elle est la seule clinique de l'ABPF<sup>45</sup>. Elle compte quatre employés, dont deux agents de santé: l'une à la fois sage femme et coordinatrice de zone, l'autre à la fois infirmière et animatrice<sup>46</sup>, ainsi que deux gardiens (un de jour et un de nuit). Elle sert également de bureau à « l'animateur de zone » du département du Zou (chargé des sensibilisations « mobiles »), comme de lieu de rencontre des volontaires du Bureau départemental et des jeunes membres du MAJ-ABPF<sup>47</sup>.

L'infirmière comme la sage-femme prennent toutes deux en charges les consultations. Comme le poste de coordinatrice de zone comprend des tâches administratives, l'infirmière s'occupe plus souvent des usagers que cette dernière. Elle assiste également la sage-femme dans ses tâches administratives quand besoin est. Son propre statut supplémentaire d'animatrice consiste notamment à encadrer les membres du MAJ-ABPF.

Ceux-ci sont une vingtaine de membres de 15 à 24 ans, la majorité étant des jeunes hommes scolarisés. Cette association a pour but de diffuser l'information liée à la « sexualité

---

<sup>44</sup> On m'a souvent rapporté que les agents de santé de l'hôpital et de la maternité orienteraient eux-mêmes leurs patients sur l'ABPF. D'autres connaissent la clinique par la voie de la radio, des campagnes de sensibilisations de l'ONG ou du bouche-à-oreille.

<sup>45</sup> Le pays comptait six départements jusqu'en 1999, où la décentralisation a créé un dédoublement des départements (qui sont alors désormais douze). Cette décentralisation reste cependant plus théorique qu'effective, ce qui explique que l'ABPF compte une seule coordination régionale pour les deux départements du Zou et des Collines, qui avant la décentralisation officielle formaient un seul département.

<sup>46</sup> Au cours de ce travail, je ne le désignerai que par « l'infirmière » et « la sage-femme », dans une volonté de clarté des propos.

<sup>47</sup> Il était rare de rencontrer à la clinique un volontaire adulte ne faisant pas partie du Bureau départemental. Comme me le faisait remarquer une fille membre du MAJ-ABPF: « Les adultes sont pas fréquents, ce sont les jeunes qui organisent des activités » (7.1.08).

responsable » comme ils l'appellent eux-mêmes (c'est-à-dire face aux risques d'IST et de grossesses non désirée), auprès d'autres jeunes gens. Aucun d'eux n'a jamais fréquenté la clinique en tant que client, et aucune jeune fille membre ne pratiquait de méthode de contraception médicalisée.

Les membres du MAJ-ABPF sont pour la plupart Fons et originaires d'Abomey ou de sa proximité, ce qui n'est pas le cas du personnel de santé de la clinique et de l'animateur de zone: s'ils sont tous Béninois, leurs origines ethniques et géographiques diffèrent, aucun ne venant d'Abomey ou de sa région et aucun ne vivant avec sa famille sur place. L'infirmière et la sage-femme vivent à Bohicon, seul l'animateur de zone vit en partie à Abomey. La première rejoint tous les week-ends sa famille à Cotonou, la deuxième à Porto Novo et la troisième à Savalou<sup>48</sup>. Comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan, le développement ne met pas seulement en contact des « cultures », mais aussi des « sous-cultures » différentes (1995). On voit donc ici que ces différences s'opèrent à plusieurs niveaux. L'IPPF, bailleur de fonds principal de l'ABPF, est une organisation certes internationale, mais dont l'origine et la localité du siège sont « occidentales »<sup>49</sup>. Le siège de l'ABPF se trouve lui à Cotonou, capitale économique du pays; ceci est significatif, même si les responsabilités sont décentralisées au niveau des coordinations régionales. Quant aux employés officiant à Abomey, comme nous venons de le voir, aucun n'en est originaire, ni n'y vit de façon permanente avec sa famille. On constate encore une différence récurrente de classe sociale et de niveau d'instruction tantôt entre le personnel de la clinique et ses usagers, tantôt entre l'animateur de zone et les auditeurs de ses séances de sensibilisation<sup>50</sup>. La plupart des usagers vivent à Abomey ou dans la ville voisine de Bohicon<sup>51</sup>, d'autres viennent encore de petites villes ou de villages alentours. La majorité est Fon, mais leur appartenance religieuse et leurs niveaux de vie et d'instruction sont variés.

---

<sup>48</sup> Cette situation s'explique en partie par le fait que ces deux derniers employés se trouvaient à mon arrivée dans une situation de récente affectation.

<sup>49</sup> J'entends ici par « Occident » les Etats-Unis et l'Europe.

<sup>50</sup> D'autant plus quand elles se déroulent hors d'Abomey, en zone rurale.

<sup>51</sup> Raison pour laquelle l'ONG planifie de déménager cette clinique dans la ville de Bohicon, plus industrialisée qu'Abomey.

## 2 Cadre méthodologique

### 2.1 Le pré-terrain

Le choix du Bénin était motivé par le désir d'y retourner, suite à un voyage effectué sept ans plus tôt (encadré par une ONG). La reprise de contact avec des personnes connues à cette époque m'a permis de connaître l'ABPF et m'a parfois ouvert des portes sur le terrain.

Mon terrain a consisté en un séjour d'environ quatre mois dans la ville d'Abomey, de début décembre 2007 à fin mars 2008. J'ai par ailleurs passé préalablement un mois au Bénin pour choisir la localité de ce terrain, soit un mois de voyage à travers le pays, comprenant notamment la visite d'autres cliniques de référence régionale de l'ABPF.

J'avais pris contact avec cette association avant mon départ, sachant que je souhaitais traiter d'une problématique liée au thème de la contraception. Je n'ai pas cherché à établir une problématique ou une hypothèse de base, adhérant à l'idée, notamment exprimée par Jaffré, que « [les hypothèses de recherche], souvent socialement et techniquement orientées, imposent au réel une grille de lecture parfois fautive ou, tout au moins, insuffisante » (1999 b: 362). Si je pense en effet qu'une problématique « émergente » du terrain vaut mieux qu'un terrain « submergé » par une problématique préalable, cette méthode s'est avérée pour moi d'un intérêt limité, car ma problématique s'étant définie relativement tard au cours de mon terrain, j'ai le sentiment de ne pas l'avoir approfondie autant que possible ou de ne pas avoir systématiquement orienté mon attention vers ce qui, rétrospectivement, s'est avéré être le plus important. Bien que ce travail mériterait donc un approfondissement - comme c'est souvent le cas - j'estime du moins avoir accompli ce que Olivier Schwartz<sup>52</sup>, cité par Hadiza Abdallah Moussa, appelle « le premier objet de l'enquête [qui] n'est pas de répondre à des questions mais de découvrir celles que l'on va se poser » (2008: 21).

### 2.2 L'enquêteur: un statut à multiples facettes

#### 2.2.1 Les lieux et les interlocuteurs

Une partie de mon terrain s'est déroulée à Cotonou, avec la volonté d'y questionner des membres et des responsables de l'ABPF au niveau national; une autre partie s'est passée dans la ville de Bohicon, où habitent beaucoup de volontaires de l'association au niveau départemental (Zou/Collines). Quoiqu'il en soit, c'est bel et bien à Abomey, et

---

<sup>52</sup> « L'empirisme irréductible », Postface à Anderson Nels, (1923), *Le Hobo. Sociologie du sans abri*, 1993, pp. 265-307, Paris: Nathan, 319 p.

particulièrement à la clinique de l'ONG, que j'ai passé le plus de temps, celle-ci étant le point de départ de mon investigation, et s'est avérée en être également la limite, comme je vais m'en expliquer ici. Tous les entretiens que j'ai menés, tant avec des agents de l'ABPF que des Aboméens, ont été de type « semi-directif ».

A la clinique, je parlais surtout avec les usagères, et ce, souvent durant leur temps d'attente (mes tentatives de rendez-vous avec elles ont rarement été fructueuses et il était parfois difficile de les retenir une fois leur consultation terminée). J'y côtoyais quotidiennement les agents de santé, régulièrement l'animateur de zone du Zou et c'est aussi là que je rencontrais les membres du MAJ-ABPF. Je m'y rendais presque tous les matins, car l'activité y était plus intense à ce moment-là de la journée, alors que l'après-midi, j'effectuais des entretiens soit avec des usagères (à leur domicile, chez moi ou dans un café), soit avec des personnes tierces, c'est-à-dire des personnes sujettes à partager leur perception de la contraception médicalisée, sans qu'elles soient directement liées à la clinique. Je me suis ainsi entretenue avec Vicaire, un roi<sup>53</sup>, une gynécologue, ainsi que d'autres hommes et femmes ne fréquentant pas la clinique, en passant par plusieurs « groupements de femmes »<sup>54</sup>, une troupe de théâtre et un salon de coiffure. C'est cependant avec les clientes de la clinique que j'ai mené le plus d'entretiens.

La clinique de l'ABPF a aussi été pratiquement mon seul lieu d'observation directe. J'ai pu y assister aux consultations médicales<sup>55</sup> et aux interactions se déroulant dans la salle d'attente (où j'accueillais souvent les usagères et où avaient parfois lieu des séances d'information animées par l'infirmière). Mes observations ont encore eu pour cadre des sorties « sur le terrain », telles que des campagnes de sensibilisation à Abomey et dans ses alentours. J'ai aussi participé à une « tournée » de quelques jours dans la région d'Abomey et de Savalou (chef-lieu du département des Collines). Au-delà des observations ayant lieu dans la clinique, l'information sur les pratiques contraceptives m'a surtout été rendue accessible au travers des discours. Cela s'explique du fait de l'intimité que représente ce sujet. Il est difficile, par exemple, d'observer si une femme prend effectivement la pilule quotidiennement comme elle le dit; on ne peut que se baser sur ce qu'elle nous confie. Aussi, mes données consistent plus en entretiens qu'en notes d'observation. Par ailleurs, c'est aussi à cause de

---

<sup>53</sup> Voir le point 4.1.6.a « Le pronatalisme traditionnel ».

<sup>54</sup> Il s'agit de femmes regroupées autour d'activités lucratives, souvent sous la forme de coopératives.

<sup>55</sup> Il y avait deux phases de consultation, séparées dans l'espace: une consultation médicale « de base » dans le bureau de l'infirmière, consistant en des questions et des analyses telles que la mesure du poids et la prise de tension, et une autre consultation gynécologique, dans une salle installée à cet effet. L'infirmière m'avait proposé le premier jour d'y assister, mais j'ai refusé, jugeant qu'il ne s'agissait pas d'une nécessité méthodologique.

mon statut de stagiaire au sein de la clinique, que celle-ci a joué le double rôle de porte d'entrée et de limite à mon terrain.

### 2.2.2 Le statut de stagiaire

Pour justifier ma présence à la clinique, la sage-femme m'a demandé d'officialiser administrativement ma position de « stagiaire à l'ABPF », qui a permis de clarifier mon rôle auprès du personnel de la clinique (du moins de le rendre plus compréhensible en lui apposant un nom). Ce statut créait toutefois une situation paradoxale. Ma position d'observatrice des activités de la clinique provoquait, particulièrement chez la sage-femme, un sentiment de méfiance comme si je contrôlais son travail. Pourtant, j'étais sur le plan institutionnel d'un statut hiérarchiquement inférieur aux employés, ce qui leur permettait d'avoir à leur tour un certain contrôle sur mon propre travail, autrement dit de limiter mon accès aux informations (ce dont a surtout usé la sage-femme)<sup>56</sup>.

Tenant à ce qu'on me reconnaisse un statut d'observatrice et qu'on ne me confonde pas avec une stagiaire du domaine médical, j'ai précisé mon officialisation en ces termes: « stagiaire à l'ABPF, en tant qu'étudiante en anthropologie ». A cette occasion, je me suis engagée à une restitution ultérieure de mon mémoire. Si cette reconnaissance a été généralement admise du côté de l'institution, ça n'a pas été le cas de la population locale, dont les usagères de la clinique, qui m'ont très rapidement perçue comme étant un membre de l'association. Beaucoup croyaient que j'étais venue pour faire la promotion de la contraception médicalisée (fait qui s'explique aussi parce que beaucoup d'occidentaux qui font un séjour de longue durée au Bénin viennent en tant que membres ou bénévoles d'une ONG). Par ailleurs, les usagères m'imputaient d'office des compétences et des connaissances médicales, phénomène amplifié par l'infirmière qui me présentait à elles comme appartenant au domaine médical. Elle justifiait ce « petit mensonge » par l'idée que si elles ne comprenaient pas ma présence au cours des consultations, par conséquent, elles ne la cautionneraient pas. Si celles-ci posaient plus de questions, l'infirmière leur répondait que je faisais une étude sur la clinique dans le but d'en améliorer la qualité des services<sup>57</sup>. Je me

---

<sup>56</sup> En effet, les deux employées de la clinique eurent à mon égard une attitude inverse: autant l'infirmière tolérait ma présence à quasi chaque moment et chaque endroit, et répondait systématiquement à mes questions, autant ce n'était pas le cas de la sage-femme, qui souvent « oubliait » de me répondre et qui n'a jamais accepté ma présence au cours de ses consultations. Par ailleurs, cette dernière m'accusait de « voyeurisme » (Bouillon, Fresia et Tallio, 2006).

<sup>57</sup> Les usagères avaient pourtant l'habitude qu'on les questionne: avant mon arrivée, une stagiaire le faisait dans le but précédemment cité, puis durant ma présence, l'ABPF elle-même effectuât une enquête sur la fréquentation de la clinique qui y dura quelques jours (Gbedjissokpa, Finoude et Sonon, 2008). Enfin, une Américaine dont le

présentais toujours moi-même comme chercheuse, mais dans les cas où une tierce personne me présentait, je n'intervenais pas, d'autant plus que, généralement, les interactions se passaient à la clinique en langue locale (que je ne maîtrise pas).

Mon identification malgré moi à la fois comme appartenant à l'ONG et au domaine médical, par les usagers et la population locale, a permis que ma présence fasse sens et que l'insistance de mes questions soient en quelque sorte légitimée (Schintz, 2002). Par contre, elle a évidemment représenté une limite à mon terrain: si elle m'a facilité une proximité tant avec les promoteurs qu'avec les utilisatrices de la contraception médicalisée, je n'ai eu qu'un accès restreint à ses divers résistants<sup>58</sup>. Donc, bien que ces résistances représentent un aspect central de ce travail, j'en ai surtout « entendu parler » à travers les discours des promoteurs et des utilisatrices. Cela concerne particulièrement la famille proche des usagères, comme leurs maris, parents ou beaux-parents réfractaires: celles-ci m'en parlaient, mais cette situation d'ordre conflictuel entre elles et eux m'empêchait de les rencontrer personnellement. Ce désavantage illustre bien le phénomène qui veut qu'un chercheur soit en contact avec certains réseaux particuliers, au détriment d'autres.

Cette assignation comme membre de l'ABPF et agente de santé, induite par ma présence quotidienne à la clinique, m'obligeait à faire régulièrement des « ajustements personnels » (Ghasarian, 2002). Si les personnes (usagères ou non) que j'interrogeais me demandaient des informations « basiques » sur la contraception, je leur précisais d'abord que je n'étais pas agent de santé, puis répondais à leurs questions. Quand celles-ci dépassaient le cadre de mes connaissances en la matière, je les encourageais à se rendre à la clinique. Il ne fait donc aucun doute que ma seule présence sur le terrain, quoiqu'ait été mon intention d'observation « neutre », a permis de mieux faire connaître l'association comme la contraception médicalisée. Il faut bien dire que je ne voyais aucune raison valable de refuser de répondre à ces questions, étant moi-même dans une position interrogatrice quasi-permanente. D'ailleurs, elles me permettaient parfois d'instaurer une situation dialogique plus intéressante qu'une conversation faite de questions-réponses unilatérale. L'exemple qui suit illustre comment, à l'instar de Philippe Cohen, « je me suis donc trouvé à certains moments – sans le désirer – dans la situation d'un agent de prévention et d'information » (2002: 81):

---

thème de recherche était la santé maternelle, le fit aussi durant une semaine. La clinique s'est retrouvée à un moment donné avec plus de chercheurs que d'agents de santé.

<sup>58</sup> Voir le chapitre 4.1 « Analyse des discours sur la contraception médicalisée à Abomey ».

Je suis me suis rendue dans un salon de coiffure, où travaillaient de jeunes apprenties ne fréquentant pas la clinique de l'ABPF. Bien que j'eus expliqué au préalable mon ambition de faire avec elles des entretiens individuels, l'objectif de ma venue a été mal compris: la patronne du salon s'attendait à ce que je fasse une séance d'information sur la contraception. Au lieu d'insister sur mes premières intentions, j'ai décidé de « jouer le jeu » et leur ai présenté les méthodes dont dispose l'ABPF, tout en laissant une place à leurs réactions et questions. J'y suis retournée une seconde fois afin de mener des entretiens comme je l'avais prévu initialement. Il s'est avéré, rétrospectivement, que la première rencontre avait été une source de données plus pertinente que les entretiens qui ont suivis: les questions que les apprenties et leur patronne me posaient, leurs interventions et leurs commentaires m'en apprenaient plus sur leur perception de la contraception médicalisée que leurs réponses à mes propres questions.

Comme l'explique Olivier Schintz, « différents exemples ethnographiques montrent comment tant l'identité de l'ethnographe que les données récoltées ont été construites par les personnes constituant l'«objet d'étude» de la recherche. Loin de constituer un problème fondamental, cet état de fait est traité ici comme une manière privilégiée de récolter des informations sur les phénomènes étudiés » (2002: 1).

La position d'autorité en matière de contraception qui m'était spontanément assignée (c'est-à-dire sans que je cherche à l'avoir moi-même), ne provenait pas uniquement que de mon statut de stagiaire à l'ONG, mais aussi de mon statut d'étrangère, plus précisément d'occidentale. Par exemple, au cours de la tournée que j'ai effectué avec l'équipe de la clinique, la sage-femme s'est exclamée: « c'est bien que tu sois venue, car être accompagnés d'une blanche, ça donne confiance aux gens, ça montre que ça marche ! ».

### **2.2.3 Le statut d'étrangère**

La difficulté la plus importante à laquelle j'ai dû me confronter en tant qu'étrangère a été ma méconnaissance de la langue Fon, alors que beaucoup de femmes ne parlent pas le Français<sup>59</sup>, et que les interactions quotidiennes au sein de la clinique et au cours des séances de sensibilisation, se déroulaient presque toujours en Fon. J'ai dû donc faire appel aux services d'une interprète. Une ironie du sort voulu qu'elle se trouve dans une situation de recherche intense d'enfant depuis déjà trois ans. Cela a été difficile pour elle de questionner tous les jours d'autres femmes sur la gestion de leur fécondité. Sa situation m'a permis de me faire une idée de l'épreuve émotionnelle et de la gravité sociale que représente pour une Africaine la menace d'une éventuelle stérilité (Moussa, 2008).

---

<sup>59</sup> En effet, au Bénin, le français s'apprend à l'école et jusqu'à présent, les filles sont moins scolarisées que les garçons (surtout en milieu rural).

Outre, bien sûr, les nombreuses incompréhensions tant linguistiques que culturelles qui accompagnent le « statut d'étrangère », ce dernier se vit également à travers le regard d'autrui, et peut engendrer d'autres types de difficultés. De par mon statut d'occidentale, de « blanche » comme on m'appelait souvent, je faisais l'objet d'attentes particulières. Le fait que des sollicitations à mon égard étaient récurrentes et le fait que l'enquête de terrain consiste à obtenir des informations (souvent d'ordre privé) me plaçaient parfois dans la position « inconfortable »<sup>60</sup> d'une obligation plus ou moins implicite de contrepartie immédiate ou ultérieure. Dans les cas les plus extrêmes, des personnes que j'interrogeais ont refusé de continuer l'entretien si je ne leur offrais pas de « petit cadeau » ou si je ne les rémunérais pas<sup>61</sup>. Cette attitude et mes propres réactions donnent à penser sur les rapports inégaux entre enquêteurs et enquêtés, ainsi que sur leur influence sur la recherche elle-même, d'autant plus quand ils se doublent d'une inégalité socioéconomique (Bouillon, 2006).

#### **2.2.4 L'impact du genre**

Etre une femme a été je crois un avantage sur le terrain, de par le thème choisi. Je pense en effet que les usagères de la clinique auraient été moins à l'aise pour parler de ce domaine avec un homme. C'est d'ailleurs pour cette raison que j'ai voulu que mon interprète soit une femme. Dans les autres situations d'entretiens ou d'observation, je n'ai pas non plus senti que mon appartenance sexuelle était un obstacle.

Les rapports de genre locaux eux-mêmes ont passablement influé sur ma récolte de données. Si j'interrogeais un couple, l'homme répondait systématiquement à la place de sa femme. C'était comme si le mari pouvait parler au nom du couple, et pas l'épouse. Si j'insistais sur le fait que je m'adressais à elle, la réponse consistait généralement en un: « Je pense comme mon mari ». De plus, quand je questionnais des femmes ou des hommes séparément, les réponses des premières étaient pour la plupart du temps succinctes et sans digression, alors que les seconds se trouvaient être presque tous « bavards ». J'en ai tiré comme hypothèses que les femmes avaient peut-être peur de dire quelque chose qui contredise l'opinion de leur mari présent ou qu'elles n'avaient simplement pas l'habitude de parler d'elles-mêmes au sein d'un cadre relativement formel. Ce fait montre qu'il y a sûrement beaucoup à dire sur l'usage de la parole à Abomey selon une perspective de genre.

---

<sup>60</sup> « Le terme [d'inconfort ethnographique] est fréquemment employé pour évoquer la manière dont sont ressenties les difficultés d'ordre pratique et éthique de l'ethnologue sur son terrain » (Bouillon, 2006: 93).

<sup>61</sup> Outre le fait qu'il était dans mon intérêt d'économiser de l'argent, il ne me semblait pas cohérent de rémunérer ceux qui me le demandaient et pas les autres. Il m'arrivait par contre d'offrir des boissons, voire un repas, et j'ai offert des cadeaux plus importants aux quelques informateurs avec qui j'avais entretenu des relations privilégiées.

### 3 Cadre théorique

La présente étude se situe à l'intersection entre trois domaines de la discipline anthropologique: l'anthropologie du genre, l'anthropologie du développement et l'anthropologie médicale. Cette triple approche théorique se justifie par la volonté de prendre en compte l'interdépendance et la complexité des interactions sociales qui se tissent autour de la question de la contraception et qui dépassent les frontières des champs disciplinaires. Elle trouve également sa raison d'être tant dans la nature du lieu principal de mon terrain - la clinique d'une ONG, fréquentée surtout par des femmes – que dans la nature du thème général de la contraception, qui cristallise au moins trois paradigmes discursifs: le « féminisme », le « développement » et la « santé ». J'utiliserai ainsi au cours de ce travail des références et des concepts appartenant à ces trois sous-disciplines.

La promotion de la contraception s'inscrit au Bénin dans un discours de lutte contre la pauvreté, à la fois « développementiste » et « néomalthusien ». Olivier de Sardan propose la définition suivante du « développement »: il s'agit de « l'ensemble des processus sociaux induits par des opérations volontaristes de transformation d'un milieu social, entreprises par le biais d'institutions ou d'acteurs extérieurs à ce milieu mais cherchant à mobiliser ce milieu, et reposant sur une tentative de greffe de ressources et/ou techniques et/ou savoirs » (1995: 7). Quant au « malthusianisme », il est la doctrine de « Malthus, pasteur et économiste anglais du début du XIX<sup>ème</sup> siècle [qui] concluait au danger de surpopulation du globe et préconisait la limitation des naissances par la chasteté [...] on appelle malthusianisme ou néomalthusianisme l'ensemble des doctrines qui [...] préconisent les pratiques anticonceptionnelles. En son temps, le rigide pasteur les eût certainement condamnées comme immorales; certains motifs extra-économiques invoqués par ses successeurs, tels que la liberté de la femme, lui étaient d'ailleurs étrangers » (Faure-Soulet, 2002: 255).

J'ai axé mon travail de terrain sur une clinique appartenant à une ONG, alors que les actions des ONG représentent des objets d'études privilégiés de la socio-anthropologie du développement<sup>62</sup>. Ce domaine se propose de prendre pour objet d'études des interventions extérieures, faites au nom du développement, afin de montrer en quoi elles suscitent ou bien révèlent des dynamiques de changement social au sein d'un groupe donné. Comme l'affirme Olivier de Sardan, dans son ouvrage *Anthropologie et développement* (1995), le

---

<sup>62</sup> Bien qu'« en ce domaine moins qu'ailleurs l'anthropologie et la sociologie ne peuvent être distinguées et encore moins opposées [...] » (Olivier de Sardan, 1995: 5), j'utiliserai désormais le raccourci sémantique d'« anthropologie du développement ».

développement n'est pas quelque chose de présent ou d'absent dans une population donnée, mais il y a développement là où se trouve ce qu'il dénomme une « configuration développementiste », laquelle est ici représentée par l'IPPF, l'ABPF et ses employés.

En plus de mobiliser les travaux de Thomas Bierschenk (1998; Bierschenk et Olivier de Sardan, 1998), Norman Long (2001, 2000; Arce et Long, 2000) et David Mosse (2004), c'est principalement sur ce dernier ouvrage que je me baserai pour ce qui relève de l'anthropologie du développement. Sous le chapitre « Analyse des discours sur la contraception médicalisée à Abomey », j'intégrerai la notion de « groupes stratégiques », telle qu'interprétée par Bierschenk<sup>63</sup> et reprise par Olivier de Sardan<sup>64</sup>, ces groupes stratégiques étant identifiés, dans le contexte d'étude présent, par les promoteurs, les résistants et les utilisateurs de la contraception médicalisée. La notion de « décalage » (Olivier de Sardan, 1995) sera récurrente dans ce travail, afin de rendre compte des divergences de discours, de représentations, d'attendus, de perceptions, d'opinions, d'intérêts stratégiques, (etc.) entre les différents niveaux de la configuration développementiste, ainsi qu'entre cette dernière et la population locale.

Olivier de Sardan explique également que l'objet d'étude de l'anthropologie du développement est « le point d'impact des politiques de développement sur des populations concernées, autrement dit l'espace social où s'opère l'interaction entre opérations de développement [...] et “groupes-cibles”<sup>65</sup> » (*Ibidem*: 9). Etudier la fréquentation de la clinique de l'ABPF représente à juste titre ce « point d'impact », étant donné qu'elle dépend à la fois de l'ONG, de la population locale et de leur interaction.

Au-delà des arguments « pro- ou antiféministes »<sup>66</sup> avancés dans le cadre de la polémique autour de la contraception, celle-ci est un révélateur des rapports de genres existant au sein d'une société donnée. Ils se situent en amont de la pratique contraceptive, influant sur

---

<sup>63</sup> « The term “strategic group” was especially publicized by Evers (Evers et Schiel, 1988). In contrast to Evers I am using it here at a micro-level » (Bierschenk, 1998: 159, note 1). Voir Hans-Dieter Evers et Timan Schiel, *Strategische gruppen: vergleichende Studien zu Staat, bürokratie und klassenbildung in der Dritten Welt*, 1988, Berlin: Dietrich Reimer, 279 p.

<sup>64</sup> « Les groupes stratégiques apparaissent ainsi comme des agrégats sociaux [...] à géométrie variable, qui défendent des intérêts communs, en particulier par le biais de l'action sociale et politique. [...] J'estime pour ma part (toujours à la suite de Bierschenk, 1988) que c'est surtout au niveau de la société locale que le concept est opératoire, lorsqu'il est lié à l'observation des formes d'interaction entre acteurs » (Olivier de Sardan, 1995: 179).

<sup>65</sup> Un « groupe-cible » est un groupe identifié par la configuration développementiste comme le destinataire privilégié d'un projet de développement.

<sup>66</sup> « Le féminisme » est compris dans cette étude comme incarnant un mouvement de changement social dont l'objectif est l'égalité des genres.

elle; de même, la pratique contraceptive influe sur la construction des rapports de genres: « *the development of new contraceptive technologies over the last fifty years has profound implications for social relationships between men and women. Conversely, gender and other power relationships at local and global levels have implications for the way the new contraceptive technologies are developed, disseminated and used* » (Russel et Thompson, 2000: 3).

Relativement à l'anthropologie du genre, je ferai principalement référence aux écrits de Pierre Bourdieu (1998), de Françoise Héritier (1996, 2002) et de Paola Tabet (1998), auteurs pour qui les questions touchant à la fécondité sont corrélatives à celles des rapports de genres. J'utiliserai aussi particulièrement la thèse de Hadiza Abdallah Moussa (2008), qui traite de la gestion de la fécondité au Niger et dont une partie s'attache précisément au thème de la contraception.

Les études de genre ont généralement attribué à la maternité l'origine de la caractérisation sociale du genre féminin, de laquelle aurait découlé la division sexuelle du travail et les inégalités de genre consécutives (Tabet, 1998). Tabet critique le fait que, dans cette perspective, « les rapports de reproduction » (*Ibidem*: 174) sont naturalisés et leur caractère historique et social occulté, ce qui à son tour naturalise la domination masculine, perçue alors comme une simple contrainte biologique. Tout en considérant, elle aussi, la reproduction comme l'élément principal de la construction des rapports de genres, mais en refusant de la naturaliser, elle propose alors d'analyser « la reproduction comme terrain de base des rapports sociaux de sexe » (*Ibidem*: 78). En outre, tous les auteurs précédemment cités partagent une idée qui me servira de clé d'analyse: il s'agit de l'appropriation des femmes et de leurs capacités procréatrices par les hommes. Bien que la perspective du genre soit transversale dans cet exposé, elle apparaîtra particulièrement l'être sous deux points particuliers, soit sous « Pratiques et relations sociales à la clinique de l'ABPF » et sous « Représentations sociales de la fécondité et de la sexualité ».

Carole H. Browner et Carolyn F. Sargent estiment également que les études anthropologiques sur la reproduction s'articulent inévitablement en rapport avec les normes d'organisation sociale des rapports de genres (1996). Cependant, ces études se situent pour elles plutôt dans le domaine de l'anthropologie médicale, bien qu'elles soient « *isolated from the broader currents that shape social and medical anthropological research* » (*Ibidem*: 219).

Avec le thème de la contraception, nous nous situons donc aussi dans le domaine de l'anthropologie médicale, mais sans nous trouver pour autant dans celui de l'anthropologie de

la maladie, étant donné qu'il ne s'agit pas d'interventions de type thérapeutique. Par contre, nous sommes bel et bien dans le domaine de l'anthropologie de la santé, une santé préventive, une « santé publique ». *Le petit Robert* donne, sous l'entrée « Santé » la définition suivante de la « santé publique »: il s'agit des « connaissances et techniques propres à prévenir les maladies, à préserver la santé, à améliorer la vitalité et la longévité des individus par une action collective » (2002). Autant la pratique contraceptive médicalisée est aujourd'hui insérée dans le concept plus vaste de « santé de la reproduction », autant celui-ci fait partie des mesures de santé publique.

La référence à l'anthropologie médicale est également pertinente du fait que mon terrain se soit déroulé, en majeure partie, au sein d'une clinique et que j'aie choisi d'axer mon enquête sur la forme médicalisée de la contraception.

Les auteurs auxquels je ferai principalement appel ont tous travaillé dans le domaine de la santé en Afrique, et particulièrement en Afrique subsaharienne (parfois en collaboration): Jean-Pierre Olivier de Sardan (2003, 1999), Didier Fassin (2001, 1999, 1994), Jean-Pierre Dozon (2001), Yannick Jaffré (2003, 1999 a, 1999 b) et Laurent Duval (2005, 2004) lequel d'ailleurs pose justement le projet d'une anthropologie de l'expérience clinique en Afrique (2004).

Leurs travaux favorisent une approche critique de la santé publique comme une « culture », donc de ses questions et de ses problèmes comme des construits sociaux, au-delà de l'universalisme de son discours. Ils me seront également utiles à l'analyse des relations entre le personnel de la clinique et ses usagers. Outre la pluralité des champs anthropologiques que convoque mon objet d'étude, les deux derniers auteurs cités permettent d'expliquer à présent son caractère interdisciplinaire.

Jaffré relève qu'« en Afrique de l'Ouest, les praticiens de la santé publique [...] s'intéressent aux populations pour diverses raisons. Un premier ordre de question s'adresse aux groupes sociaux “non inclus”, et concerne principalement les problèmes liés à l'accès aux soins. Dans ce cas, il s'agit de mieux connaître les populations qui ne sont pas “atteintes”, “couvertes” par les services et les actions de santé, et de comprendre globalement pourquoi elles ne fréquentent pas les structures sanitaires » (1999 b: 361). A la lumière de cette affirmation, il pourrait être possible de critiquer la question de recherche de ce travail (Pourquoi les adolescentes fréquentent peu la clinique de l'ABPF?) à propos du fait que celle-ci appartiendrait aux préoccupations de la santé publique plutôt qu'à celles de l'anthropologie. Cependant, comme l'affirme Vidal, l'anthropologie peut répondre à un problème de santé

publique sans perdre son identité disciplinaire pour autant, en relevant les enjeux interactionnels entre ses agents et ses publics et en montrant comment ces enjeux mobilisent des intérêts, des modes de vie, des discours, des pratiques, des représentations variés, ainsi que leurs décalages et convergences (2005). Il s'agit donc bel et bien ici d'un travail de type anthropologique, qui contribue à illustrer la possibilité d'un pont entre anthropologie et santé publique, qu'évoque et qu'encourage Jaffré lui-même (1999 b).

Vidal ajoute que les objets de la santé en Afrique appellent à une perspective interdisciplinaire (2005). C'est pour cette raison que je ne me limiterai pas à une bibliographie exclusivement anthropologique et que je me baserai aussi sur des textes issus d'autres sciences sociales comme la sociologie, l'histoire et particulièrement la démographie, car elle s'est penchée plus que les autres disciplines sur le thème de la fécondité et de la contraception en Afrique subsaharienne. Comme « l'ouverture aux expériences d'autres recherches sur des thèmes connexes » est nécessaire (Vidal, 2004: 10), je citerai des textes issus pour la plupart de cette dernière discipline et abordant plus précisément la question de l'accès des adolescents aux services de planification familiale, surtout à partir du chapitre « Les raisons s'une faible fréquentation adolescente de la clinique de l'ABPF ».

## 4 Discours et pratiques autour de la contraception médicalisée

### 4.1 Analyse des discours sur la contraception médicalisée à Abomey

#### 4.1.1 Un conflit et des décalages

L'utilisation de la contraception médicalisée et sa perception dans un milieu donné dépend fortement de la position des diverses autorités locales à ce sujet: « des membres ou groupe de la communauté - médecins, responsable religieux, pharmaciens, groupes de femmes et autres notabilités locales - peuvent avoir une influence considérable sur l'acceptabilité et l'accessibilité de diverses méthodes de contraception » (OMS, 1996: 73). Au lieu de « communauté », Bierschenk et Olivier de Sardan préfèrent parler de « société locale ». Ils considèrent que chacune « peut être considérée comme une arène sociopolitique, dans laquelle différents “groupes stratégiques” sont en confrontation, coopération et négociation permanente les uns par rapport aux autres [et que] les interventions extérieures sont un élément supplémentaire de la dynamique de ces contradictions locales [...] » (1998: 14). Long utilise aussi le concept d'« arène », qu'il définit ainsi: « “Arenas” are social encounters or a series of situations in which contests over issues, resources, values, and representations take place. That is, they are social and spatial locations where actors confront each other, mobilise social relations and deploy discursive and cultural means for the attainment of specific ends [...] » (2000: 192). Il ajoute que ce concept est spécialement pertinent dans l'analyse des projets et programmes de développement et particulièrement utile « for identifying the actors and mapping out the issues, resources and discourses entailed in particular situations of disagreement or dispute » (*Ibidem*). La diffusion de la contraception médicalisée a été et continue d'être conflictuelle au Bénin, tout comme elle l'a été en Occident (McLaren, 1996). L'ABPF s'est confrontée depuis ses débuts et dans tout le pays, à de virulentes résistances, principalement de la part des autorités religieuses catholiques, mais pas uniquement, étant donné que les résistances face à la contraception médicalisée sont hétérogènes et se réfèrent à divers arguments et paradigmes.

Dans le cadre de cette étude, je me limiterai à analyser la position de trois groupes stratégiques dont les discours rendent particulièrement compte de la polémique au sujet de la contraception médicalisée: ses promoteurs, ses utilisateurs et ses résistants. Ces catégories sont elles-mêmes hétérogènes, en ce que ses acteurs sont rattachés à divers « domaines », qui peuvent eux-mêmes se chevaucher. D'après Long, « the concept of “domains” helps to

*identify areas of social life that are organised by reference to a central core or cluster of value [...] » (2000: 191). En ce qui concerne les promoteurs, je ne traiterai que du domaine de l'ABPF, alors que les acteurs participant de cette promotion à Abomey sont plus nombreux que cela, tels que d'autres ONG, d'autres agents de santé et des entités étatiques et politiques (comme le Ministère de la Santé et le Ministère de la Famille). J'ai aussi réduit les discours des utilisateurs à ceux des usagers de la clinique (les clientes et leurs maris), alors que beaucoup d'individus et de couples pratiquent la contraception médicalisée à travers d'autres structures ou réseaux<sup>67</sup>. Les résistances sont plus hétérogènes, c'est-à-dire qu'elles mobilisent une plus grande variété de domaines. Elles comprennent, entre autres: les autorités catholiques, certaines autorités médicalisées extérieures à l'ABPF<sup>68</sup>, les autorités politiques « traditionnelles » de type royal, ainsi que les proches des femmes, en particulier leurs maris. L'entrée en conflit de ces différents domaines est ce que Long appelle « *the points of interface* » (*Ibidem*: 191): « *it is useful to adopt an analysis of interface situations, that is the critical points of intersection between multiple life-worlds or domains where discontinuities exist based on discrepancies in values, interests, knowledge and power* » (*Ibidem*: 198). Il s'agit ici de faire le point sur la controverse de la contraception médicalisée au travers de ces trois groupes stratégiques d'acteurs et de leurs éventuels et divers domaines d'appartenance. Ce premier chapitre illustre alors une « entrée par les conflits » (qui consiste en un repérage et une analyse des conflits)<sup>69</sup> dans la perspective du « développement local comme arène politique » (Olivier de Sardan, 1995: 173). Alors que cette polémique s'articule surtout autour de décalages manifestes et conflictuels de perceptions et d'opinions entre les deux groupes stratégiques des promoteurs et des résistants, je mettrai en lumière encore d'autres décalages de perception et d'opinions plus latents et qui ne sont pas nécessairement conflictuels: ceux internes aux promoteurs, et qui démontrent leur propre diversité, ainsi que ceux entre les promoteurs et les utilisateurs<sup>70</sup>.*

Ce conflit et ces décalages révèlent à quel point « *contraceptives, then, are more than just technologies and behaviours: they operate in and represent a universe of culture, morality and emotion. As a symbol of modernity, for example, contraceptives are to be embraced,*

---

<sup>67</sup> Voir le point 1.3.2 « L'offre contraceptive à Abomey ».

<sup>68</sup> Effectivement, certains agents de santé promeuvent la contraception médicalisée, alors que d'autres participent à sa résistance. C'est là un exemple de l'éventuel chevauchement des domaines précédemment mentionné.

<sup>69</sup> L'entrée par les conflits est privilégiée dès les années 1950 par les anthropologues britanniques de l'Ecole de Manchester. Son intérêt méthodologique réside en ce qu'elle est révélatrice de la dynamique des rapports sociaux: c'est une hypothèse de recherche plus productive que le « consensus », elle révèle les aspects structurels tout comme les logiques d'action et elle dépasse la façade « consensuelle » que les sociétés affichent.

<sup>70</sup> Je n'évoquerai pas ici tous les décalages pouvant exister entre les différents niveaux, mais uniquement ceux qu'il m'a été permis d'observer et qui m'ont paru les plus significatifs.

*resisted or kept at arm's length - but never treated in a neutral manner* » (Russel et Thompson, 2000: 20). Ces auteurs expriment ainsi l'idée que les méthodes et les pratiques contraceptives « s'enchaînent » dans un milieu social, culturel, moral mais aussi politique et ne peuvent donc pas être envisagées indépendamment de ce contexte social plus large.

#### **4.1.2 La rhétorique promotionnelle**

L'IPPF et l'ABPF incarnent deux niveaux de promotion de la contraception médicalisée (et chacun se subdivise encore en plusieurs niveaux). Cette promotion se réfère à trois paradigmes distincts: la santé, le féminisme et le développement (entendu dans une perspective économique néomalthusienne). L'IPPF et l'ABPF positionnent tous deux l'argument sanitaire<sup>71</sup> en première ligne, mais en ce qui concerne les deux autres paradigmes, leurs priorités s'inversent: alors que l'IPPF met d'abord en avant le discours féministe, l'ABPF présente surtout ses objectifs comme « une lutte contre la pauvreté » (directeur exécutif, 8.1.08). Nous allons développer cette différence, typique des discours développementistes qui « *not only often misrepresent the "realities" faced by those for whom development is planned, but they differ greatly amongst themselves, both within and between the development institutions mandated to formulate and/or implement policy* » (Arce et Long, 2000: 24).

La page web de présentation de l'IPPF annonce qu'elle « *encourage individuals, women in particular, to take control of their reproductive lives [et qu'elle] promote equality between men and women* »<sup>72</sup>. Quant à l'ABPF, ses affiches mettent plus en avant les questions économiques que celles des inégalités de genre. L'une, accrochée à la clinique d'Abomey, montre le dessin d'une famille apparemment pauvre et porte le slogan suivant: « Harmoniser ses charges avec ses revenus, c'est contribuer au bonheur de sa famille » (voir annexe n° 1). Bien que la promotion de la femme fasse partie des objectifs officiels de l'ABPF<sup>73</sup> et que ses membres et employés affirment œuvrer pour l'amélioration des conditions de vie féminines, leurs discours du point de vue féministe est ambivalent. J'en veux pour preuve les réponses récurrentes à deux questions que j'avais l'habitude de poser au cours de mes entretiens:

Je demandais premièrement ce que mon interlocuteur pensait de la situation d'une femme qui pratiquait la contraception médicalisée sans en aviser son mari (situation que j'ai pu observer à la clinique). Dans la plupart

---

<sup>71</sup> Cet argument se base sur la réduction de la mortalité et l'amélioration de la santé maternelles et infantiles au travers de l'évitement des avortements à risque et des grossesses précoces, rapprochées ou tardives (Gbedjissokpa, Finoude et Sonon, 2008).

<sup>72</sup> Voir [www.ippf.org](http://www.ippf.org). Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>73</sup> L'association comprend « un volet genre, qui: lutte contre les violences de genre, augmente les potentialités de revenus de groupes de femmes et qui apporte, en zone rurale surtout, des dons de fonds, de matériel, de techniques, de méthodes contraceptives, de dépistages de cancers, etc. » (assistant du directeur exécutif de l'ABPF, 5.11.07).

des cas, on me répondait que c'était là « une bonne chose », la femme ayant le droit de disposer de son corps. Jusque là, ce discours était donc en harmonie avec celui de l'IPPF. Ensuite, je posais la question suivante: « Que pensez-vous de la situation d'un mari qui impose la contraception médicalisée à sa femme, contre sa volonté? »<sup>74</sup>. Malgré la contradiction apparente, la réponse la plus répandue était, là encore, qu'il s'agissait d'« une bonne chose »<sup>75</sup>.

Parmi tant d'autres, le directeur des programmes de l'association me répondit:

C'est leur droit. Il y a des droits en santé de la reproduction et les droits de l'homme qui sont en parfaite harmonie: la femme doit disposer de son corps comme bon lui semble. Si on ne le lui permet pas, là il y a violence, il y a non respect de ses droits. Je ne pense pas que ce soit une mauvaise chose que la femme pratique la contraception à l'insu de son mari, c'est même une bonne chose. [...] Alors de l'autre côté, le mari qui impose la contraception à sa femme, il faut comprendre que c'est la même situation. Le mari, lui, en a pris conscience, la femme non. La femme doit alors comprendre les raisons qui motivent cette décision de son mari (14.1.08).

Voici les réponses de la sage-femme:

La femme qui vient pour la PF ici, on lui fait ça, que le mari veuille ou pas, on fait ça car c'est la femme qui supporte la maternité, pas le mari. Le mari est là que pour faire l'amour, c'est la femme qui a la charge des enfants. [...] Si ton homme t'impose ça, elle doit être heureuse, c'est mieux pour elle.

La décision du mari était souvent justifiée par ce raisonnement: si la femme était informée et sensibilisée sur les avantages de la contraception médicalisée, elle serait d'accord. Le problème était alors réduit à un manque d'information, voir d'« éducation » plutôt qu'au manque de contrôle de sa propre fécondité lié à un contexte structurel de domination masculine. On voit à travers ces exemples que du point de vue de la majorité des membres et employés de l'ABPF, la diffusion de la pratique contraceptive prime sur la liberté individuelle féminine de disposer de son corps et de ses capacités procréatrices. C'est donc le paradigme économique néomalthusien, basé sur l'idée qu'une baisse de la fécondité permet d'endiguer la pauvreté et participe à un développement national harmonieux, qui est essentiel pour l'ABPF.

Selon Olivier de Sardan, « deux principes très généraux fondent les réactions locales aux projets de développement: le principe de sélection et le principe de détournement » (1995: 133). On assiste donc à un détournement, puisqu'il y a un processus de réappropriation, à l'échelle locale, du message de l'IPPF, auquel les acteurs de l'ABPF ont donné une autre signification dans le contexte spécifique béninois. De même, on remarque que les produits contraceptifs de l'IPPF, fournis à l'ABPF dans une ambition féministe sont, en pratique, imposés par des hommes à leur(s) épouse(s). Là encore, on assiste à un détournement significatif du projet global de l'IPPF, dans la mesure où les individus « utilisent les

---

<sup>74</sup> Voir le point 4.2.2 « Rapports de genres dans la pratique contraceptive ».

<sup>75</sup> Tous les interlocuteurs à qui j'ai posé cette question étaient du même avis, sauf deux volontaires et l'infirmière de la clinique, qui font figure d'exception.

opportunités fournies par un programme pour le mettre au service de leurs propres objectifs. » (*Ibidem*: 134). Ces processus de réappropriation et de détournement des projets aboutissent par conséquent à des « effets inattendus »<sup>76</sup>. Dans notre cas, alors que l'IPPF cherche à l'échelle globale à accroître l'autorité des femmes, notamment au sein de leur ménage et principalement grâce aux contraceptifs (Héritier, 2002)<sup>77</sup>, la mise en œuvre de ses programmes au Bénin à travers l'ABPF contribuent, en réalité, à donner l'opportunité aux hommes de renforcer leur propre autorité sur leurs femmes et leur fécondité. Le résultat est donc contraire aux objectifs recherchés.

Le décalage de perception de la contraception entre l'IPPF et l'ABPF, qui tient en ce que la majorité des membres et employés du second cautionnent cette contrainte masculine, illustre pour sa part cet autre constat: « tout projet invoque une cohérence qui lui est propre et qui le légitime [...] mais cette nécessaire prétention à la cohérence [...] est toujours mise à mal, non seulement par l'interaction entre le projet et les populations-cibles, mais aussi par les diverses instances qui concourent au projet lui-même » (Olivier de Sardan, 1995: 128). Ces décalages (jugés inévitables par ce dernier auteur) sont révélateurs de la diversité interne à la promotion de la contraception médicalisée<sup>78</sup>, c'est-à-dire de l'hétérogénéité, inhérente à tout projet de développement, des acteurs et de leurs intérêts (Mosse, 2004).

### **4.1.3 Discours de l'ABPF, discours des usagers**

#### **4.1.3.a L'argument économique**

Comme pour l'ABPF, c'est aussi l'argument économique qui prime dans le discours des usagers de la clinique. Ils expliquaient souvent leur pratique contraceptive par le fait que « la vie coûte trop cher maintenant ». On m'a alors fait part de l'importance des coûts de l'éducation d'un enfant (Moussa, 2008), comme ce père de trois enfants:

Avant, la vie n'était pas si chère, il n'y avait pas tant de modernisation. A mon époque, on leur donnait deux francs pour aller à l'école. Aujourd'hui, on envoie les enfants à l'école primaire avec cent cinquante francs. En plus, imaginez-vous, quand c'est une école privée il faut encore payer. Et puis l'après-midi, il faut aussi le yaourt. Moi, petit, je n'avais pas goûté au yaourt. La vie actuelle, il y a trop de modernisation maintenant, c'est surtout ça qui fait que le coût de la vie, vraiment, c'est cher. Le prix de la consultation prénatale, quand la femme

---

<sup>76</sup> « Tout projet subit une “dérive”, c'est-à-dire un écart entre ce qui est prévu et ce qui se passe, qui est la manifestation de son “appropriation” par les acteurs concernés » (Olivier de Sardan, 1995: 140).

<sup>77</sup> Voir le point 4.2.2 « Rapports de genres dans la pratique contraceptive ».

<sup>78</sup> Diversité qui se justifie d'ailleurs par la relative autonomie de l'ABPF par rapport à l'IPPF. Une recherche approfondie de ce type de décalages mériterait de prendre aussi en compte l'IPPFRA, ainsi qu'un développement des différents niveaux internes au sein de chacune de ces organisations.

est enceinte, ce sont de gros coûts. A l'époque ce n'était pas comme ça, on n'avait pas besoin même d'aller à l'hôpital. Puis il y a encore l'eau, l'électricité, tout ça (48 ans, enseignant, 29.12.07).

Les dépenses mentionnées se situent dans un contexte d'urbanisation, de scolarisation, de monétarisation de l'économie et de consommation croissantes. L'argument sanitaire est aussi cité pour expliquer la pratique contraceptive, bien que dans une moindre mesure, alors que jamais je n'ai entendu une réponse explicitement relative à une plus grande autonomie de la femme ou à une baisse de sa charge de travail domestique, si ce n'est la volonté exprimée par certaines usagères de terminer leur formation avant d'enfanter (davantage).

La prédominance de l'argument économique est donc un point commun entre les discours de l'association et ceux des usagers. Il se situe cependant à une autre échelle: si l'expression du « développement du pays » est récurrente dans le discours de l'association, les usagers évoquent plutôt leur propre situation financière familiale. Par exemple, selon la présidente du MAJ-ABPF au niveau national, « en attirant l'attention de la population sur la contraception, l'ABPF, c'est une manière très efficace de contribuer au développement du pays » (22 ans, 14.3.08). Le discours de l'institution se situant à un niveau national, il est donc plus global et abstrait que celui de ses clients. Une de ses affiches (accrochée à la clinique d'Abomey) l'illustre bien, avec son slogan: « Pour une meilleure qualité de vie, œuvrons tous ensemble pour une fécondité responsable ! » et son image d'une famille en train de « soulever » littéralement une figure matérialisée du pays (voir annexe n° 2). Ce décalage s'explique notamment par la nécessité qu'a l'ONG de légitimer ses actions et d'inscrire son discours dans « le langage-développement » (Olivier de Sardan, 1995: 165).

On constate encore un autre décalage lié au groupe-cible: dans sa promotion et dans sa présentation d'elle-même, l'association met en avant l'aide aux plus pauvres et présente souvent la contraception comme une nécessité de survie, se tenant à sa logique de lutte contre la pauvreté. Bien qu'elle n'exclut aucune population de ses programmes (selon son niveau social ou son milieu de vie), et que, comme le dit son directeur exécutif, « l'ABPF esquisse de couvrir la population de façon totale » (8.1.08). Son discours insiste donc sur une population-cible pauvre et rurale. A propos de l'utilité de la diffusion des contraceptifs, le président des MAJ-ABPF d'Abomey pense que « c'est important, parce qu'il y a beaucoup de couches sociales démunies et c'est très important pour cette couche-là de réussir à contrôler et espacer les naissances des enfants pour éviter les dépenses qu'on n'arrive pas à faire » (18 ans, 7.2.08). Quatre sur cinq autres agents de l'ABPF m'ont répondu que c'était pour aider (surtout) les populations paysannes.

Il existe cependant un contraste fort entre ce discours sur la contraception (cohérent d'un point de vue néomalthusien) et son application réelle: d'une part, ce sont surtout les populations urbaines qui pratiquent la contraception médicalisée; ce même directeur m'a ainsi expliqué ses « clients sont en ville, parce que c'est surtout en ville que les gens font spontanément, ou acceptent plus facilement ces méthodes » (8.1.08). D'autre part, en plus de confirmer l'origine urbaine des utilisateurs, plusieurs études affirment qu'en Afrique subsaharienne et au Bénin, ce sont surtout les couches sociales favorisées qui pratiquent la contraception médicalisée dans le but de réduire leur fécondité, plus que les couches moyennes et plus encore que les plus pauvres (Fassissi, 2007, Guillaume, 2004, Attanasso, 2007). Les propos du président des volontaires de Savalou abondent dans ce sens: « Moi j'ai senti qu'en Afrique, précisément au Bénin, les cadres nantis qui ont la facilité de payer les études aux enfants, ils en font moins. Mais ceux qui sont dépourvus en font plus » (1.2.08).

Les raisons qui expliquent ces différents comportements reproducteurs selon le milieu (urbain ou rural) et le niveau de vie économique sont multiples et complexes. Je me contenterai de mentionner ce que beaucoup d'auteurs ont constaté: une représentation rurale de l'enfant comme une « richesse », en tant que force de travail et source de prestige (Erny, 1988; Browner et Sargent, 1996), alors qu'en ville l'enfant serait perçu davantage comme un coût économique<sup>79</sup> (Attanasso, 2007; Fassissi, 2006). La phrase suivante d'un habitant de Cotonou, père de deux enfants, confirme cette hypothèse: « Avant, les enfants c'était la richesse. Maintenant, c'est la pauvreté » (couturier, 36 ans, 9.1.08). Ce paradoxe entre le groupe-cible mobilisé dans la rhétorique promotionnelle et le profil des utilisateurs de la contraception médicalisée est révélateur d'une caractéristique de l'ABPF: son misérabilisme.

#### **4.1.3.b Le misérabilisme de l'ABPF**

D'après la définition qu'en donne Olivier de Sardan, le misérabilisme « ne voit le peuple que comme victime et ne caractérise sa culture que comme manque ou absence [...] » (1995: 106-107). Il explique que le misérabilisme est l'une des deux optiques entre lesquelles oscillent les politiques de développement, l'autre étant le populisme, lequel « débouche sur une politique de valorisation des ressources propres aux peuples et d'appui aux dynamiques des sociétés locales, alors que le misérabilisme débouche sur une politique de l'éducation permettant une

---

<sup>79</sup> Tout du moins, le temps de leur formation: en ville comme en campagne, les enfants représentent une « assurance vieillesse » indispensable ; même les interlocuteurs qui exprimaient clairement vouloir limiter leur nombre d'enfants à cause des coûts qu'ils représentent, m'ont dit espérer que, dans le futur, leurs enfants les prennent en charge. Ce coût de l'éducation est donc souvent perçu comme un « investissement ».

vulgarisation de connaissances extérieures en direction de populations qui ne peuvent s'en sortir par elles-mêmes » (*Ibidem*: 108).

Le discours de l'ABPF s'articule tant autour d'une logique « représentationnelle » que d'une logique « stratégique » (*Ibidem*: 138): stratégique, car sa présentation d'elle-même en tant qu'aide aux plus démunis (en moyens financiers, en savoirs et en pouvoirs) s'inscrit dans une rhétorique qui légitime son existence et ses actions en tant qu'ONG; représentationnelle, car elle véhicule une perception misérabiliste des populations concernées par ses programmes, se basant sur « le manque » qu'elle ressentirait vis-à-vis de la contraception et que l'association viendrait combler. Cette affirmation de l'animatrice de zone des Collines en est une illustration: « Nous sommes là pour l'éducation de la masse, pour mettre la lumière pour ceux qui sont dans l'ignorance. [L'ABPF] amène les primaires à changer de comportement » (28.1.08). Sa « mission » (terme employé par plusieurs agents) consisterait alors à introduire les savoirs et les pouvoirs relatifs à la contraception, là où ils feraient complètement défaut. C'est pourtant ne pas tenir compte d'éléments endogènes qui existent déjà.

En ce qui concerne les savoirs tout d'abord, ce discours fait fi des méthodes locales dont dispose la population<sup>80</sup>, qui au niveau de l'institution et de ses promotions, ne sont pas même mentionnées. Voici ce que des membres de la direction exécutive en pensent:

Le directeur des programmes estime que « ce ne sont pas des méthodes hautement efficaces » (12.1.08), tout comme le directeur exécutif: « Ce que l'évolution de la science nous a permis d'exploiter, il faut en profiter et ne pas rester seulement sur les méthodes traditionnelles, mais aller vers ce qui nous permet d'aller à l'essentiel, aux résultats qu'on attend » (8.1.08). Voici l'avis de son assistant qui affirme, quant à lui, croire à l'efficacité de ces méthodes: « Pourquoi nous n'avons pas vulgarisé ça jusque-là ? C'est le vieux sage du village qui, ayant réuni des ingrédients, prépare l'élément de la bague, mais scientifiquement, on n'est pas encore arrivé à connaître le principe actif, on ne sait pas comment cette contraception agit. C'est là le problème, on en est à cette étape. Parce que le vieux va dans la brousse, prend des feuilles, et il prononce des paroles, comment on peut vérifier ça ? Comment ce qu'il fait en utilisant la bague, ça ne va pas créer un autre problème de santé ? En utilisant la bague, ça peut créer autre chose. Maintenant, si on se met à utiliser cette bague-là comme ça, ce n'est pas bon, ce n'est pas évident que cela soit bon pour toutes les femmes, car ça peut ne pas convenir à son organisme » (8.1.08).

Cette occultation des méthodes locales dans la promotion de l'association est donc justifiée tantôt par leur inefficacité, tantôt par leur méconnaissance scientifique ou leur « irrationalité », ou encore par la dangerosité de leurs effets secondaires. Prétendre amener la contraception « en terrain vierge », c'est aussi oublier qu'une partie de la population connaît

---

<sup>80</sup> Voir le point 1.4.2 « L'offre contraceptive à Abomey ».

et utilise déjà des méthodes naturelles, pour lesquelles elle n'a pas besoin de faire appel à l'ONG (bien que celle-ci les promeuve également).

S'agissant de la question des pouvoirs, l'ABPF réduit celui du contrôle de la fécondité à son seul sens de réduction ou limitation, sans tenir compte du fait que son contraire, son accroissement, s'exerce aussi à travers un contrôle social (et masculin), qui représente un « pouvoir » endogène. Cette idée a été développée par Tabet, laquelle va à l'encontre de la notion de « fertilité naturelle », lui préférant celle de « reproduction forcée » et revendique par conséquent « un modèle plus large de la gestion sociale de la reproduction » (1998: 81). En réduisant l'idée de contrôle reproductif à une faible fécondité, l'association présente alors la fécondité élevée comme étant la fécondité incontrôlée de « ceux qui procréent en désordre » (trésorière du bureau départemental du Zou, 25.1.08)<sup>81</sup>. Selon le discours de l'ONG, le faible taux d'utilisation de contraceptifs médicalisés au Bénin se réduit à ce que la sociologue Armelle Andro et la démographe Véronique Hertrich ont désignés comme étant des « besoins insatisfaits de planification familiale » (2001: 723). Ils montrent pourtant à travers leurs analyses que le faible niveau de la pratique contraceptive dans les pays du Sahel, qui est justement souvent attribuée aux carences de services de planification familial, est également corrélé à une faible demande contraceptive, surtout chez les hommes. Or, quand l'ABPF admet une éventuelle absence de demande, elle ne la considère que comme la résultante d'un manque d'information.

Cette perception partielle et biaisée de la population fait partie de la représentation misérabiliste de son discours. Quant au caractère stratégique de ce même discours, il s'explique par le fait que « *the development discourse is aimed at convincing rather than at informing and analysing* » (Bierschenk, 1988: 152) et que « *policy primarily functions to mobilize and maintain political support, that is to legitimize rather than to orientate practice* » (Mosse, 2004 : 648).

Quand la rhétorique de l'ABPF évoque l'image d'une « famille nombreuse »<sup>82</sup> (souvent associée à la ruralité), elle en présente le couple tantôt comme victime ou coupable, d'autant plus s'il provient d'un milieu social défavorisé: soit victime d'une fertilité qu'il ne

---

<sup>81</sup> Notons à ce sujet la remarque de R. Mika Mfintsche, un théologien congolais qui a enseigné à Bénin, selon laquelle « en Afrique le but de l'espacement des naissances [n'est pas] la maîtrise de la fécondité (limitation des naissances) mais plutôt sa maximisation, en préservant la santé des mères et des enfants (espacement des naissances) » (1998: 22).

<sup>82</sup> Il est difficile de délimiter nettement à partir de combien d'enfants une « famille nombreuse » l'est, cette notion étant éminemment relative. Deux chiffres ont été couramment cités par les clientes, au sujet du nombre idéal d'enfants: quatre et six. Mes interlocuteurs me répondaient par ailleurs systématiquement que « dix ou quinze enfants, c'est trop ».

contrôle pas, qu'il ne voulait pas, occultant alors l'éventuel désir d'une descendance nombreuse ainsi que la possibilité d'un contrôle non pas restrictif mais multiplicateur de la fécondité, soit coupable d'irresponsabilité, si elle prend en compte cette volonté de faire beaucoup d'enfants, qui signifierait alors en faire plus que ses moyens ne le permettent. De cette façon, sa promotion stigmatise fréquemment les familles nombreuses, justement à cause de sa vision misérabiliste: en plus d'être « ignorants et incapables », les couples à forte fécondité seraient en outre « irresponsables ».

Cette image est reprise à leur compte par des couples suivant les préceptes l'ABPF, afin de valoriser distinctement leur propre pratique contraceptive. Reproduisant sa rhétorique, plusieurs de ses usagers m'ont ainsi confié que s'ils avaient plus d'argent, ils feraient plus d'enfants et que seuls « les riches » peuvent se permettre une descendance importante. Ils n'hésitaient pas, par la même occasion, à lancer de virulentes accusations envers les familles pauvres et nombreuses de leur entourage. L'usage de la contraception médicalisée devient alors « *a source of self-identity and a means of evaluating others* » et le choix de la pratiquer « *is thus a double-edged sword insofar as it puts responsibility for controlling fertility back in the hands of individuals women and men, with moral approbation and social penalties accruing to those who do not appear to take these responsibilities sufficiently seriously* » (Russel et Thompson, 2000: 20).

Cette dichotomie entre usagers « responsables » et « conscients » face à des non usagers qui ne seraient alors ni l'un ni l'autre, reflète également les discours occidentaux sur la modernité, qui « *often end up denying that local people can in fact think, argue and act for themselves* » (Arce et Long, 2000: 2). La stigmatisation qui s'en suit révèle, quant à elle, l'importante composante moraliste du message de l'ABPF, lequel véhicule un modèle familial ne correspondant pas toujours aux modèles familiaux locaux.

#### **4.1.3.c Les modèles familiaux**

Pourquoi, selon l'ABPF, les familles béninoises doivent-elles réduire leur fécondité, et ce surtout les familles paysannes ou pauvres ? « Les parents doivent faire le nombre d'enfants qu'ils peuvent supporter [financièrement] » est une réponse qui m'a été donnée à plusieurs reprises. Des agents de l'ONG, ainsi que des usagers de la clinique, ont aussi été nombreux à m'expliquer que si un couple faisait plus d'enfants que ses possibilités économiques ne le lui permettaient, ces enfants deviendraient « des délinquants », « des criminels », « des bandits », « des voleurs », etc. Les membres de la direction exécutive expriment le principe suivant: « Aujourd'hui, il faut faire le nombre d'enfants que l'on peut supporter pour ne pas en faire

des cas, des enfants de la rue » (directeur exécutif 8.1.08); ou encore: « Moins je gagne, moins je dois en faire. Il faut que je sois en mesure de prendre soin des enfants, sinon je contribue davantage à aggraver la misère de mon peuple, de mon pays » (directeur des programmes, 14.1.08). Cette logique semble implacable, du moment que l'on considère la famille<sup>83</sup> dans une conception restreinte (c'est-à-dire strictement nucléaire), soit selon un système où seuls les parents ont à charge leurs enfants.

Or j'ai souvent été confrontée (surtout lors de discussions informelles) à une autre représentation locale plus élargie de la famille<sup>84</sup>, où d'autres membres de la famille que les parents peuvent assumer la charge économique des enfants (un oncle, par exemple) et où, réciproquement, les parents eux-mêmes peuvent assumer la charge économique d'autres enfants que les leurs (un neveu, par exemple), selon les moyens des uns et des autres. Pierre Erny rapporte une telle conception: « [...] la famille étendue, le lignage, le clan ont plus d'importance et de réalité que la famille restreinte ou nucléaire [...] » (1988: 22). Mfitzsche explique que dans un tel système, où les enfants ne sont pas « sous la responsabilité exclusive de ses parents biologiques », plus une famille est nombreuse, plus ses membres ont de chance d'être pris en charge (1998: 17). Le discours du mari d'une usagère de la clinique s'est distingué de tous les autres entretiens que j'ai faits, car il mobilisait un tel modèle familial. Il explique ainsi pourquoi il veut encore trois enfants, alors qu'il en a déjà six:

Ce pourquoi j'en veux encore trois, c'est pour leur avenir. Si les grands qui vont déjà à l'école arrivent à un âge donné, il doit y avoir les tous petits pour les relayer. Par exemple, L'aîné a douze ans maintenant. Donc le temps que le benjamin ait douze ans ou quinze ans, l'aîné aura déjà vingt ans, et donc il travaillera déjà, et il pourra subvenir aux besoins des ces petits. Plus tard, les petits pourront certainement venir en aide au grand frère. On ne sait jamais avec les enfants que Dieu nous donne, on ne peut pas distinguer qui est qui et quoi dedans. Ce n'est pas nécessairement le fils aîné qui sera quelqu'un. Tu peux avoir le fils aîné à la maison qui ne fait rien, mais le benjamin aura évolué et pourra subvenir aux besoins du grand frère (ce couple vient d'un village proche d'Abomey, lui est mécanicien et a 45 ans, sa femme n'a pas d'emploi et a 30 ans, 14.2.08)<sup>85</sup>.

---

<sup>83</sup> « [...] il est intéressant de constater qu'aussi vitale, essentielle et apparemment universelle que soit l'institution familiale, il n'en existe pas, tout comme pour le mariage, de définition rigoureuse. [...] Pour l'*Encyclopedia Britannica*, la famille est caractérisée par la résidence commune, la coopération économique et la reproduction par les adultes des deux sexes, dont deux au moins ont des relations sexuelles socialement admises. Elle satisfait aux besoins essentiels: sexualité, procréation, survie économique, identification personnelle et collective, élevage et éducation des rejetons » (Augé et Héritier, dans Bonte et Izard, 2002: 273).

<sup>84</sup> D'autant plus nombreuse si le foyer est polygame.

<sup>85</sup> La raison de leur venue à la clinique était d'ordre sanitaire. La femme venait de subir une fausse couche et devait donc récupérer physiquement avant une autre grossesse. C'est du moins ainsi que s'est présentée la situation au cours de la consultation, que j'ai suivie. Or, avant cela, dans la salle d'attente, cet homme m'a présenté l'argument sanitaire d'une autre façon: les difficultés de procréation de sa femme (fausses couches, accouchements difficiles, etc.) seraient le fait d'un sort qu'on lui a jeté. En pratiquant la contraception pendant quelques années, il espère que la personne malveillante qui leur lance des sorts les oublie et qu'ils pourront ainsi reprendre leur activité reproductive sans entraves.

Dans cet exemple, l'argent circule aussi entre frères et sœurs, sans même respecter nécessairement les hiérarchies d'âge, et l'idée est que plus il y a d'enfants, plus il y a de chances que l'un d'eux réussisse (et puisse subvenir aux besoins de sa famille). On est donc loin du calcul déterministe qui veut que plus il y ait d'enfants, plus la probabilité qu'ils deviennent pauvres est grande. C'est d'ailleurs sur la base de ce calcul que les agents de santé de la clinique traitèrent ce client, une fois qu'il fut parti, de « voyou », du fait d'être socialement défavorisé et de faire beaucoup d'enfants.

Par contre, quand les usagers expliquent leur pratique contraceptive par un souci de « maximisation » des dépenses éducatives, ils mobilisent le même modèle familial que celui prôné par l'ABPF, c'est-à-dire le modèle nucléaire. Selon Agnès Adjamagbo, Philippe Msellati, et Patrice Vimard, en Afrique, « cette transition de la fécondité accompagne une transition du modèle familial et du modèle de couple [...]. Le lien conjugal prend peu à peu le devant de la scène [...] au détriment des liens lignagers et des relations sociales entre aînés et cadets [...] » (2007: 603). Si ces auteurs évoquent une tendance évolutive de la société, les différents modèles familiaux existent et coexistent actuellement au Bénin, et ils varient en fonction du statut social et de l'origine rurale ou urbaine. On a donc affaire ici aux deux conceptions de l'enfant opposées mentionnées dans le paragraphe précédent, soit comme ressource économique, soit comme charge économique.

Les modèles familiaux (et les conceptions de l'enfance qu'ils sous-tendent) sont donc multiples à Abomey, alors que l'association se base sur un modèle unique. D'ailleurs, l'image familiale qu'elle affiche couramment dans ses promotions est monogamique, alors que la majorité des foyers est polygame<sup>86</sup>. L'anthropologue Doris Bonnet et la démographe Agnès Guillaume font le même constat pour l'Afrique subsaharienne: « En effet, l'enfant n'est pas considéré comme appartenant uniquement à ses parents biologiques mais à l'ensemble du groupe familial du père ou de la mère selon la filiation. Il est donc soumis à d'autres autorités que celle de ses parents, peut être confié à d'autres membres de la famille [...]. Ces facteurs familiaux ne sont généralement pas pris en compte dans les services de santé et de planification familiale qui ont tendance à privilégier le couple mère-enfant ou la triade père-mère-enfant. Si l'on parle de santé familiale, il faut donc que ce concept s'adapte à la réalité des différents modèles familiaux observés aujourd'hui: nucléarisation ou famille élargie [...] familles monogames ou polygames. » (2004: 19).

---

<sup>86</sup> Les couples figurant sur les affiches de l'association sont toujours monogamiques. La majorité des agents de l'ONG sont d'ailleurs monogames et dévalorisent dans leurs discours la polygamie.

Ainsi, c'est bien le manque de prise en compte des différents modèles familiaux existant à Abomey qui amène les agents de l'ONG à taxer d'« irrationnelles » les logiques familiales qui ne correspondent pas aux leurs, au lieu d'admettre l'existence de « multi-rationalités » (Olivier de Sardan, 1995: 38). L'animateur de zone du Zou affirma dans une émission de radio que « les richards ne font pas de grossesses rapprochées, car ils réfléchissent beaucoup » (Radio Royale, Abomey, 5.2.08), ce qui implique que les autres réfléchissent peu. Quand les membres de l'association font bel et bien références aux autres logiques familiales en tant que système et non seulement en tant que manque de rationalité, c'est généralement aussi pour les critiquer, comme le directeur exécutif:

Au Bénin et dans les autres pays d'Afrique, ceux qui travaillent ont cette pression-là, c'est-à-dire que vous avez un salaire, mais tout le monde sait que ce salaire n'est pas pour vous et votre famille seule, pas que votre femme et vos enfants, car vous avez encore toute la clique des cousins, des machins, des ci, des ça, des frères et sœurs que vous devez aussi entretenir s'ils n'ont pas la chance d'arriver au même niveau que vous. Ça pose des problèmes et il faut absolument que cela [le changement] entre dans les mentalités (8.1.08).

Les représentations locales de la famille (et de l'enfant) étant donc variées, on peut alors supposer que l'adhésion aux services de l'ABPF dépend largement du niveau de partage de l'unique modèle familial (nucléaire) qu'elle promeut, niveau de partage qui correspond à une plus ou moins grande proximité « sous-culturelle » d'avec les agents de l'ONG et qui est généralement proportionnel au niveau de vie économique (Attanasso, 2007).

#### **4.1.4 Interprétations des effets secondaires**

Le thème des effets secondaires de la contraception médicalisée se trouve à la croisée des discours entre promoteurs, utilisateurs et résistants. Se référant au même paradigme, celui de la santé, les perceptions divergent. Pour l'ABPF, les effets secondaires sont un moindre mal au vu de la nécessité sanitaire de la pratique contraceptive, d'autant plus qu'ils sont passagers et inoffensifs. Les utilisateurs et les résistants craignent, quant à eux, qu'ils ne soient le signe de maladies graves ou qu'ils rendent stériles<sup>87</sup>, bien que toutes les méthodes proposées par l'ONG soient réversibles (par contre, le retour à la fécondité peut prendre plusieurs mois pour certaines méthodes hormonales). Moussa explicite ce décalage: « Les rumeurs sur les produits contraceptifs médicalisés produisent des effets inhibiteurs importants sur les conduites des individus. Si, comme nous l'avons vu auparavant, c'est le souci d'assurer le bien-être physique qui favorise la pratique contraceptive, à l'inverse, une femme dira s'opposer à

---

<sup>87</sup> Voir le point 5.1.3.a « la peur de devenir stérile ». Les interlocuteurs qui m'ont dit penser que la contraception médicalisée rendait soit malade, soit stérile, ou les deux à la fois, sont nombreux, usagers de la clinique ou non confondus.

certain types de contraceptifs de peur d'affecter son organisme » (2008: 228). D'après Guillaume, ces craintes expliquent que les femmes africaines préfèrent les méthodes naturelles aux méthodes médicalisées (2004).

L'OMS qualifie des craintes de « rumeurs », qu'elle définit comme des informations fausses et effrayantes, propagées par l'entourage des utilisatrices (1996). Elle souligne par ailleurs que ces rumeurs sont liées aux perturbations du cycle menstruel.

Le stérilet est la seule méthode médicalisée avec laquelle le cycle menstruel n'est pas perturbé<sup>88</sup>. C'est là un effet secondaire plus caractéristique des méthodes hormonales. Ces perturbations se manifestent par une aménorrhée (l'absence de règles), des saignements irréguliers (appelés aussi *spotting*) et la métrorragie (des saignements continus et abondants). Comme l'explique le directeur des programmes, seul ce dernier cas peut exiger un arrêt de la méthode: « Les effets secondaires ne sont pas graves. Cependant, lorsqu'il y a la métrorragie, c'est-à-dire l'écoulement du sang de façon abondante et prolongée avec des caillots de sang, accompagnés de vertige et de fatigue, alors là nous disons à la femme: "On arrête" » (14.1.08).

Les effets secondaires affectant les règles participent localement à deux peurs, liées entre elles: celle de la maladie et celle de la stérilité. Mes enquêtes de terrain ont révélé que la régularité des menstrues était importante pour les Aboméennes et qu'au cas où elles ne le seraient pas, on suspecte tantôt le symptôme (ou l'origine) d'une maladie, tantôt le signe alarmant d'une stérilité (ou d'un processus y débouchant). S'il y a aménorrhée, sa cause peut encore être interprétée comme étant une grossesse, due donc à l'inefficacité de la méthode:

J'ai raconté une fois à Julie<sup>89</sup> que je n'avais pas eu mes règles pendant une année à cause de la pilule<sup>90</sup>. Elle a d'abord réagi de façon apeurée, comme s'il s'agissait d'une maladie: « Tu n'es pas sans savoir que les règles, chez les femmes, permettent d'évacuer des maladies. Alors s'il n'y a pas de règles, on tombe malade, c'est mauvais. Et sinon, tu n'as pas connu de grossesse pendant tout ce temps-là ? Vraiment ? » (27.2.08).

Une femme (qui n'est pas usagère de la clinique) pense n'utiliser les méthodes médicalisées qu'après avoir fini d'enfanter, pour la raison suivante: « Comme je ne voudrai

---

<sup>88</sup> C'est aussi le cas de certaines marques de pilule spécifiques. Comme autre effets secondaires, le stérilet peut provoquer, au début de son utilisation, des maux de bas-ventre. Il peut aussi faciliter la propagation d'infections, mais la population locale le soupçonne par conséquent de provoquer lui-même des infections, ce que l'ABPF conteste. La source de cette information est le directeur des programmes de l'ABPF, médecin de formation. Selon lui, c'est du manque d'hygiène que naissent les infections et non du stérilet, qui peut toutefois les entretenir ou les propager. D'après l'OMS (1996), ce sont chez les femmes déjà spécialement sujettes aux IST que ce risque existe.

<sup>89</sup> Tous les noms présents dans ce travail sont fictifs. Je parlerai de Julie à plusieurs reprises dans le texte. C'est une usagère de la clinique qui est enseignante et qui a 35 ans. Elle a deux filles et son mari est monogame. Elle souhaite encore au moins un enfant, parce qu'elle n'a pas encore de garçon.

<sup>90</sup> Avec mes interlocutrices privilégiées comme Julie, je ne faisais pas que lui poser des questions, mais instaurais souvent avec elle un dialogue, tantôt répondant à ses questions, tantôt partageant avec elle mes propres expériences en matière de contraception médicalisée.

plus avoir d'enfants, ne rien maîtriser à mes règles, ça ne me dira plus rien [ça ne la gênera pas] » (actrice et couturière, 27 ans, 1 enfant, 27.2.08).

Il est fréquent que ce manque de maîtrise du cycle menstruel soit associé à un « dérèglement » de l'organisme dans son entier. En voici un exemple avec les propos du Vicaire de la Cathédrale d'Abomey:

Ca créer des fois des maladies. Il y a des méthodes où la femme perd pendant longtemps ses règles et quand ça revient, c'est tout en désordre, elle n'arrive même plus à se comprendre, à comprendre son organisme à ce niveau. Certaines ont plusieurs fois leur règles dans le mois, donc tout est dérégulé au niveau de l'organisme, on n'arrive pas à rien maîtriser et peut-être il y a des gens qui après avoir pratiqué cela ont des problèmes, peuvent avoir quatre enfants en une seule grossesse. Donc l'organisme est complètement dérégulé. Alors pour éviter de l'être, il ne faudrait pas se donner à cela [pratiquer ces méthodes médicalisées] (20.2.08).

Il arrive aussi que des femmes utilisent des contraceptifs médicalisés en décidant de passer outre les rumeurs, mais qu'au moindre changement dans leurs menstrues, elles prennent peur. Voici le parcours d'une femme, qui n'est pas usagère de la clinique:

J'avais entendu que ça rendait stérile, mais j'ai fait malgré ça. Et puis quand j'ai eu des problèmes avec mes règles et que je ne savais pas ce qui m'arrivait, j'ai arrêté. Je me suis dit que les rumeurs devaient être vraies [...] là j'ai compris, je me suis dit que "Ah bon, alors ça veut dire que c'est vrai, ça peut avoir ces effets là" (commerçante, 30 ans, deux enfants, 27.2.08).

Certaines femmes pensent que l'absence de règles sous contraceptifs provoque la ménopause<sup>91</sup>. L'association d'idée entre l'effet secondaire qu'est l'aménorrhée et la stérilité se comprend dans la mesure où les cas les plus graves de stérilité sont justement caractérisés par une absence de règle. Héritier dit à ce propos que « la femme sans règles est le cas extrême de cette malédiction qu'est l'infécondité féminine » (1996: 81) et qu'elle « représente l'anormalité maximale. » (*Ibidem*: 84)<sup>92</sup>.

Ces exemples montrent une difficulté à conceptualiser la différenciation qui s'opère entre les menstrues et la fécondité au cours de l'utilisation de méthodes hormonales (due à l'artificialité des règles sous ces méthodes), d'autant plus que cette différenciation n'est pas expliquée à la clinique. Les agents de santé, lorsqu'ils présentent les différentes méthodes contraceptives aux femmes, expliquent leurs effets secondaires les plus courants, dont les éventuelles perturbations du cycle menstruel. Ils insistent à chaque fois sur le fait que « ce

---

<sup>91</sup> L'infirmière m'a dit que comme le stérilet peut durer dix ans, l'arrêt de la méthode correspond parfois au moment de la ménopause et que, dans ces cas là, les femmes pensent être ménopausées non pas naturellement, comme c'est le cas, mais à cause de la méthode contraceptive.

<sup>92</sup> Héritier évoque plus précisément les femmes qui n'ont jamais eu leurs règles, ce que Moussa qualifie d'« aménorrhée absolue », différente de l'« aménorrhée primaire » prépubère et de l'« aménorrhée secondaire » liée à la contraception et à la ménopause (Moussa, 2008: 128). La stérilité s'accompagne aussi parfois des qualificatifs de « primaire » ou « secondaire », selon que la femme n'ait jamais enfanté ou si la stérilité survient alors que la femme a déjà procréé au moins une fois.

n'est pas une maladie, ni une grossesse », en répétant qu'il ne faut pas s'en inquiéter, du fait de l'innocuité et de la réversibilité des méthodes. Du point de vue médical, l'efficacité de la contraception est indépendante de l'existence et de la régularité des menstrues, et leur perturbation n'est pas un signe de danger (pour la santé ou la fertilité), au contraire de la perception locale, comme on vient de le voir à travers ces exemples. On peut tirer de ce décalage que les femmes ont une confiance limitée en la biomédecine (et en la contraception médicalisée), d'autant plus quand ses messages et arguments ne correspondent pas à leurs propres représentations de la fécondité, de la santé et de la maladie (Jaffré, 1999 b).

Si les craintes de devenir stérile ou malade sont spécialement fortes en cas de perturbation des règles, elles existent aussi quand ce n'est pas le cas. Aussi, des femmes m'ont dit que les produits contraceptifs les avaient rendues malades, mais qu'elles avaient normalement leurs règles. Une usagère n'avait pas renouvelé son implant, parce que sa sœur lui avait dit qu'« une fois que tu as fait l'implant, même enlevé, tu ne conçois plus jamais, parce que ton corps est déjà imprégné du produit » (20.12.07).

Le fait que les contraceptifs médicalisés provoquent des effets secondaires (médicalement identifiés), les rend coupables d'autres maux par les utilisateurs et résistants (qui, eux, ne sont pas identifiés médicalement). Quand un problème ou une maladie survient, ses utilisateurs et leur entourage les désignent comme étant leur cause. En outre, ils ne cherchent pas forcément la confirmation de leur diagnostic auprès du personnel de la clinique, comme le montrent les deux exemples qui suivent :

Madame A s'était faite retirer son implant à la suite d'une poussée de boutons, parce qu'elle pensait qu'il en était la cause. Elle n'en a pas parlé aux agents de santé. Elle est revenue quelques temps plus tard pour s'en faire réinsérer un autre. Comme les boutons n'étaient pas partis après le retrait, elle jugea s'être trompée.

Voici un autre cas similaire:

Madame B venue se faire retirer le stérilet car elle maigrissait. Sa mère s'en inquiétait, et quand son mari lui a parlé du stérilet, ils ont décrété qu'il était la cause de son amaigrissement. L'infirmière avait beau lui dire que le stérilet n'était pas censé provoquer cela, elle rétorqua qu'elle était déterminée à l'enlever, puisque son mari lui avait dit de le faire, afin que sa mère ne s'inquiète plus pour elle.<sup>93</sup>

On remarque le même phénomène en ce qui concerne la stérilité. Les femmes qui ne « trouvent plus l'enfant », comme on dit à Abomey, et qui ont par le passé employé des méthodes contraceptives médicalisées, les accusent souvent d'être responsables de leur état, même si leurs règles n'avaient pas été perturbées<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> Voir le point 4.2.1 « Interactions entre le personnel et les usagers ».

<sup>94</sup> Rappelons encore une fois que certaines méthodes hormonales peuvent retarder le retour à la fécondité après leur utilisation, mais cela de quelques mois seulement, en moyenne.

Comme je l'ai déjà mentionné, les opposants à la contraception médicalisée appartiennent à des domaines variés. Alors que certains arguments résistants s'incarnent dans des domaines clairement identifiables, d'autres sont si diffus et si répandus qu'une telle identification n'est pas possible. C'est le cas des arguments basés sur les effets secondaires, perçus comme menaçant la santé. En effet, le concept d'« effets secondaires » ne semble pas opératoire localement, lesquels sont alors assimilés à des maladies ou à des risques sanitaires, telle que la stérilité. Cette perception représente le motif de résistance à la contraception médicalisée le plus répandu et le plus diffus dans la population locale.

Elle se retrouve même dans les discours d'agents de santé locaux, extérieurs à l'ABPF. Mon enquête de terrain a confirmé ces dires de l'infirmière: « il y a trop de rumeurs au sujet de la contraception, même chez les agents de santé ». Une usagère (qui n'avait plus ses règles) a fait part des propos de son gynécologue à l'infirmière, au sujet d'un kyste qu'elle avait eu: selon lui, les contraceptifs en étaient la cause, car ils retiendraient le sang des règles.

Mon interprète m'a rapporté l'histoire suivante:

Une de ses cousines, âgée de 18 ans, a été hospitalisée pour la troisième fois à la suite d'un avortement clandestin. Ses parents ont alors dit que s'il en était ainsi, il allait falloir la « mettre sous piqûre » (autrement dit qu'elle fasse des injections contraceptives). Un agent de santé qui les avait entendus parler est intervenu pour les décourager de la faire, affirmant que s'ils faisaient ça, la jeune fille aurait par la suite des difficultés à procréer.<sup>95</sup>

L'animateur de zone de l'ABPF expliquait la méfiance de certains agents de santé par le fait qu'ils n'avaient pas reçu de formations sur la planification familiale, lesquelles ne commencèrent qu'en 1983 avec le projet étatique « Bien-être familial »<sup>96</sup>. Jaffré et Olivier de Sardan rappellent que les agents de santé peuvent être pris entre des univers de normes et de croyances différents, parfois même opposés, et qu'ils peuvent se retrouver tiraillés entre leur savoir biomédical et le savoir « populaire » dans lequel ils ont été socialisés (2003).

Cette méfiance envers les contraceptifs médicalisés existe aussi chez les membres du MAJ-ABPF d'Abomey. Son président partage la croyance qu'ils puissent rendre gravement malade ou stérile (et il pense que le suivi médical est là pour empêcher de telles conséquences). Ces mêmes auteurs expliquent avec leur concept d'« entités nosologiques populaires » comment, en Afrique de l'Ouest, des conceptions populaires complexes se construisent sur une variété de registres et de croyances à la fois (1999)<sup>97</sup>. Si les agents de

---

<sup>95</sup> Cette intervention est d'autant plus étonnante que les conséquences des avortements clandestins sont justement eux-mêmes considérés médicalement comme mettant en danger les capacités procréatrices.

<sup>96</sup> Voir le point 1.2.1 « Le Bénin ».

<sup>97</sup> La formule des entités nosologiques populaires consiste plus précisément en la combinaison de représentations « traditionnelles », de traitements « traditionnels » et de traitements modernes (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999: 84).

santé et les membres du MAJ-ABPF, qui font en principe partie des plus informés sur la contraception médicalisée et qui sont par ailleurs censés informer les autres (patients ou jeunes) sur le sujet, reproduisent eux-mêmes ces entités nosologiques populaires (que les promoteurs qualifient de rumeurs), on peut imaginer leur étendue dans la population locale, notamment dans ses couches les moins informées en la matière.

J'ai remarqué d'autres rationalisations des effets secondaires chez les employés de la clinique, qui minimisent la responsabilité des produits. L'animateur de zone expliquait, à l'occasion d'une sensibilisation, que les effets secondaires sont prévisibles si un bon contrôle médical est préalablement effectué. Des consultations se déroulent certes à la clinique avant l'administration d'une méthode<sup>98</sup>. Cependant, elles ne peuvent qu'identifier d'éventuelles contre-indications mais pas prévoir, comme il le dit, des effets secondaires. Leur apparition, leur intensité et leur forme sont imprévisibles car elles dépendent de chaque organisme. Ces propos de l'animateur de zone alimentent « un bruit qui courait » (l'infirmière), au moment de mon terrain, selon lequel il fallait faire des analyses de sang pour savoir quelle méthode convenait à l'organisme de chaque usagère<sup>99</sup>. « Je veux la méthode qui corresponde au sang de ma femme », disait le mari d'une future usagère, venu pour la première fois (21.1.08)<sup>100</sup>. Julie aussi demanda à l'infirmière si la méthode qu'elle utilisait convenait à son sang. Les agents de santé de la clinique contestent quant à eux cette prévisibilité. Ils partagent par ailleurs avec l'animateur de zone la tendance à justifier l'apparition d'effets secondaires par une mauvaise utilisation du produit (par exemple, le fait de ne pas prendre la pilule tous les jours exactement à la même heure), reportant ainsi la faute sur l'utilisatrice plutôt que sur le produit lui-même<sup>101</sup>. De plus, les deux animateurs de zones avaient pour habitude de dire, en valorisant le suivi médical, que celui-ci pouvait « corriger » les effets secondaires, alors que cette possibilité ne concerne qu'une minorité de situations, les autres impliquant plutôt soit l'attente qu'ils s'estompent d'eux-mêmes, soit l'arrêt de la méthode.

---

<sup>98</sup> La consultation « de base » comprend des questions liées notamment aux éventuels antécédents héréditaires et à l'histoire génésique des usagères. Les agents de santé les y pèsent aussi et prennent leur tension. Cette consultation est suivie d'une consultation plus approfondie, de type gynécologique.

<sup>99</sup> D'après l'infirmière, la source de cette rumeur était l'ONG « Handicap Plus » qui, elle, ne fait la promotion que de la contraception naturelle. Un membre de cette ONG aurait dit qu'il fallait faire des analyses avant de pratiquer la contraception médicalisée et ses auditeurs l'auraient interprété en termes de prise de sang.

<sup>100</sup> Il expliqua ensuite à la sage-femme, au cours de la consultation, que ce n'est que maintenant qu'il ne veut plus d'enfants qu'il souhaite que sa femme utilise une méthode contraceptive; avant cela, il avait trop peur qu'elle adopte une méthode inappropriée à son sang.

<sup>101</sup> La trésorière des volontaires du Zou m'a rapporté l'histoire suivante: « Moi j'ai appris ça, il paraît que parmi le groupe des femmes, une l'a fait et elle a commencé par prendre anarchiquement du poids. On a remarqué qu'elle prend du poids. Mais la sage-femme a expliqué que non, que c'est le suivi qui manquait, qu'il fallait qu'elle suive, qu'elle a mal pris ses produits, qu'il y avait un suivi, qu'elle a mal honoré, que sinon elle ne devait pas prendre du poids » (25.1.08).

En exagérant la possibilité de contrôle des effets secondaires par le personnel de santé (c'est-à-dire en les prétendant prévisibles ou corrigibles et en rationalisant leur apparition par un manque de suivi des consignes médicales) les agents de l'ONG s'inscrivent dans une réaction à l'accusation locale de leur dangerosité, qu'ils perçoivent comme elle-même exagérée. Ils défendent, par la même occasion, la légitimité de leur activité professionnelle et donc leurs propres intérêts.

#### **4.1.5 Liens entre contraception et avortement**

Tout comme les interprétations des effets secondaires, les liens entre contraception et avortement cristallisent la diversité des discours sur la contraception médicalisée: ils opposent promoteurs et résistants et opèrent des décalages entre chacun d'eux et les utilisateurs.

En qualifiant les méthodes médicalisées d'« abortives », l'Eglise catholique les présente comme similaires à l'avortement, qu'elle voit comme un péché grave et qui est d'ailleurs illégal et fortement condamné socialement. Mfitzsche donne une définition de ce qualificatif: « Il s'agit des moyens qui agissent après la fécondation, en empêchant l'embryon de s'implanter et de se développer » (1998: 70-71). Par rapport aux méthodes dont dispose l'ABPF, il dit que c'est le cas du stérilet et de la pilule du lendemain<sup>102</sup>. McLaren admet cette typologie: « Si on mettait hors-la-loi l'avortement, les stérilets et les pilules à faible dose qui empêchent l'œuf fertilisé de se loger dans la paroi utérine devraient logiquement être considérés aussi comme des pratiques criminelles » (1996: 334). Il est donc vrai que parmi les méthodes médicalisées, quelques unes se trouvent à cheval entre ce qui est (culturellement et historiquement) défini comme contraceptif ou abortif. Or les autorités catholiques ont tendance, du moins à Abomey, à étendre l'adjectif « abortif » à toutes les méthodes médicalisées et à toutes les condamner pour cette raison. Voici comment le Vicaire d'Abomey juge la contraception médicalisée: « Il y a des méthodes qui débouchent directement sur l'avortement. Alors l'Eglise dit: “Mais, je refuse l'avortement, pourquoi accepter les méthodes contraceptives, qui sont aussi grave que l'avortement ?” Par conséquent, on ne peut pas accepter » (20.2.08).

Il s'agit d'une vision opposée à celle des agents de l'ONG, puisque ceux-ci considèrent, au contraire, tout type de contraception (quelque soit le stade de la conception où elle agit)

---

<sup>102</sup> Ce sont des méthodes qui peuvent agir après fécondation, pour empêcher la nidation. La pilule du lendemain doit être prise selon un schéma spécifique, dans les septante-deux heures suivants l'acte sexuel. Quant au stérilet, son fonctionnement est moins connu: « Selon une recherche récente, le stérilet agirait principalement en empêchant la fécondation, et non comme on le croit souvent, en déclenchant un avortement. C'est lorsqu'on l'introduit après le coït, que le DIU agirait comme facteur d'avortement » (OMS, 1996: 21).

comme non seulement distincte, mais aussi opposée à l'avortement, puisqu'elle représente une mesure de prévention qui devrait justement réduire les interventions abortives. Aussi, l'usage de contraceptifs médicalisés est interprété de façon contraire par ces deux acteurs: pour l'un, il revient à tuer une vie (en avortant) alors que pour l'autre, il sert à sauver des vies, celles des femmes dont la santé est meilleure si elles accouchent moins, de façon plus espacée et moins tard, celles des femmes qui auraient sinon pratiquer un avortement clandestin et celles des enfants, dont la santé est meilleure quand les naissances sont espacées (Bop et Sow, 2004; OMS, 1996). « Sauver des vies humaines » est un objectif qui m'a souvent été exprimé par les membres de l'association.

Quand j'ai demandé à un « guérisseur » (à son domicile, qui est aussi son lieu de travail) et à une vendeuse de plantes médicinales (sur le marché) quels moyens ils avaient à disposition pour éviter une grossesse, les deux m'ont spontanément parlé des moyens d'interrompre une grossesse, qu'ils ont plus précisément qualifié de moyens « pour retrouver ses règles ». Il se peut donc qu'au niveau de la médecine locale également, la similitude entre avortement et contraception soit plus opératoire que son opposition. D'après un membre du MAJ-ABPF, « les gens » pensent que les méthodes médicalisées peuvent faire avorter « parce que ce qu'ils faisaient traditionnellement, ça provoquait ça, alors ils se disent que les méthodes modernes vont faire pareil » (18 ans, 7.2.08).

Au-delà de ces considérations liées au fonctionnement des méthodes locales, le philosophe béninois Basile Toussaint Kossou et Erny<sup>103</sup> mentionnent tous les deux une croyance religieuse, selon laquelle la contraception et l'avortement peuvent être conceptuellement rapprochés. C'est la croyance qu'il y aurait une forme d'existence précédente à la conception. Aussi, Kossou évoque-t-il la représentation ontologique de « l'être-en-puissance »: « [...] cet être-là nous l'avons localisé dans la préexistence, avant l'état fœtal, il n'a donc pas de réalité existentielle » (1983: 231). Erny parle, lui, d'une: « individualité qui n'est pas créée ex-nihilo au moment de la conception ou durant la gestation. Elle préexiste et attend dans l'au-delà le moment de s'incarner » (1988: 38). Cette idée s'inscrit dans le cadre religieux du culte aux ancêtres et les « êtres à venir » seraient alors façonnés par eux, avant leur conception (Kossou, 1983). Dans ce cas, la contraception pourrait être interprétée comme l'interruption d'un projet déjà existant<sup>104</sup>, ce qui permet de

---

<sup>103</sup> Le premier parle de l'ethnie Fon, alors que le propos du second se situe à l'échelle de l'Afrique subsaharienne.

<sup>104</sup> Bien que cette représentation de la « préexistence » ouvre des pistes réflexives intéressantes, je n'y ai pas été confrontée au cours de mon terrain et ne vais donc pas développer le sujet.

poser l'hypothèse que la confusion entre avortement et contraception s'enclasse à la fois dans des croyances vodou relativement anciennes et dans des croyances catholiques, plus récentes.

Les utilisatrices les plus informées sur la planification familiale m'ont affirmé que la contraception et l'avortement étaient deux choses bien distinctes. En revanche, ce ne semble pas toujours être la vision des autres. Le personnel de la clinique s'est plaint maintes fois que des femmes y viennent dans le but d'avorter, espérant qu'elles pourront y parvenir par la consommation de produits contraceptifs: « Comme on dit que ça fait éviter les grossesses, elles pensent que ça peut aussi les faire sauter », estime l'infirmière. C'est pour cette raison que l'on exige des femmes qu'elles aient leurs règles au moment de la consultation, si elles veulent adopter une méthode contraceptive ou en changer. Julie a aussi pensé cela:

Julie croyait que les méthodes médicalisées pouvaient faire avorter. Elle a essayé une fois de le faire, sans succès: elle était partie en voyage (deux semaines) avec son mari en oubliant de prendre ses pilules avec elle. Au retour, elle décida de réparer son erreur en prenant d'un coup une plaquette de pilule entière. Mais, comme elle le dit, « malheureusement ça n'a pas marché et j'ai conçu » (3.1.08). Puis, elle m'évoqua le mal être physique dans lequel l'avait plongée cette initiative pendant plusieurs jours. C'est seulement depuis lors qu'elle ne croit plus au pouvoir abortif des méthodes médicalisées.

Un autre exemple est significatif de la confusion populaire entre contraception et avortement:

Au cours d'une sensibilisation à un groupement de femmes, l'animateur de zone du Zou leur demanda quels étaient les médicaments que l'on peut prendre pour éviter une grossesse. Une participante répondit « le Sédaspire », un comprimé que les femmes utilisent pour avorter, mais dont la fonction est autre (il s'agit d'un traitement symptomatique des affections douloureuses et fébriles). L'animateur s'exclama: « Ah ! Mais ça c'est très grave, on peut avoir des problèmes de santé avec ça. Sédaspire ne fait pas partie des méthodes, il faut refuser à n'importe quelle personne qui vous prodigue ce conseil de vous donner Sédaspire, que ça ne joue pas ce rôle là ! » (22.1.08).

Cette intervention s'explique par le fait que les avortements clandestins se pratiquent souvent au moyen de médicaments que les femmes achètent sur le marché (Jaffré, 1999 a) et qu'elles prennent en surdose, parfois en en mélangeant plusieurs, parfois en les prenant avec de l'alcool. Moussa a aussi constaté au Niger « des assortiments faits d'une panoplie de comprimés [qu'elle appelle des] cocktails abortifs » (2008: 247). L'infirmière relevait à ce sujet qu'« on ne sait pas si ça marche, car les femmes en prennent dès qu'elles ont un retard, sans faire de test de grossesse ». Ces pratiques peuvent avoir des conséquences graves pour la santé de la femme, qui peut même en mourir aux suites de complications (Delaunay et Guillaume, 2007; Guillaume et Khlal, 2004).

Ces autres paroles de l'animateur résument bien l'imbrication entre la position de l'Eglise, la circulation de ces cocktails abortifs et les croyances des utilisatrices:

Et quand ils vont à l'église, on parle de produits contraceptifs, tout ça là c'est abortif. Et c'est dans ce sens-là que certains qui sont ignorants pensent que si elles contractent une grossesse, il faut venir vers l'ABPF, là on aura les moyens pour pouvoir avorter, puisqu'elles pensent que tous les produits qui sont là sont des produits abortifs, il suffit qu'on leur donne un produit pour faire chose. Et en fin de compte, c'est réel, car certaines femmes, quand elles contractent une grossesse pour aller avorter, elles prennent du n'importe quoi, des pilules, de la Nivaquine, de la Sédaspire, du Coca, ainsi de suite et parfois ça réussit et elles se disent, c'est tel produit que j'ai utilisé et ça a réussi. Voilà la situation.

Cela représente encore un décalage qui existe parfois entre l'ABPF et une partie de la population locale: pour l'ONG, la contraception et l'avortement s'opposent car leurs moyens divergent, alors que pour une partie de la population, ces deux pratiques convergent vers l'évitement d'une grossesse non désirée, qu'elle ait commencé ou non: « Malgré la volonté affichée de certaines personnes de dissocier contraception et avortement, les deux pratiques vont généralement de pair. Plus qu'un *continuum* entre contraception et avortement, ici les femmes confèrent les mêmes valeurs pratiques aux deux actes qui de ce fait signifient une seule et même chose: l'avortement équivaut à la contraception » (Moussa, 2008: 232). Cette dernière remarque de Moussa sur le contexte nigérien est également pertinente au regard de l'histoire de la contraception, en Occident: « [...] tout laisse à penser que les femmes ont traditionnellement considéré les deux pratiques comme situées sur un *continuum* de stratégies de régulation de la fécondité » (McLaren, 1996: 27). A part les plus informées, les utilisatrices n'opèrent donc pas la même opposition que l'ABPF entre contraception et avortement. Cependant, cette similitude n'est pas, pour elles, connotée aussi négativement que pour l'Eglise catholique.

#### **4.1.6 La rhétorique résistante**

##### **4.1.6.a Le pronatalisme « traditionnel »**

La résistance à la contraception médicalisée a déjà été abordée à travers les questions des effets secondaires et de l'avortement. Il s'agira ici de traiter des représentations et idéologies sous-jacentes aux discours de résistance, à savoir l'idéologie du pronatalisme, d'une part, et la représentation de la « débauche » de l'autre. La résistance à la contraception médicalisée s'incarne particulièrement dans l'idéologie pronataliste, qui se décline à Abomey en une diversité de domaines et d'acteurs, lesquels la présentent généralement comme « traditionnelle ».

Voici une définition basique de la « tradition », proposée par Jean Pouillon: « La tradition se définit comme ce qui d'un passé persiste dans le présent où elle est transmise et demeure agissante et acceptée par ceux qui la reçoivent et qui, à leur tour, au fil des

générations, la transmettent » (Pouillon, 2002: 710). Il la complexifie par la considération suivante: « Quand, en effet, parle-t-on de tradition ? La plupart du temps, à propos de ce qui semble incompréhensible, arbitraire; lorsqu'on se demande pourquoi fait-on cela, et que la réponse est simplement qu'on se comportait ainsi autrefois. Mais on ne se pose cette question qu'à partir du moment où cela précisément ne va plus de soi, quand on constate qu'on ne fait plus aujourd'hui comme faisaient les grands-pères avant-hier [...] La tradition dont on a conscience, c'est celle qu'on ne respecte plus, ou du moins dont on est près de se détacher » (*Ibidem*: 712). Eric Hobsbawm rappelle qu'une tradition peut autant être ancienne que récemment « inventée » (2006). Quel que soit sa véracité et son ancienneté historique, celle mobilisée dans les discours résistants l'est avant tout à cause de sa force symbolique et légitimatrice. Nous touchons ici au « paradoxe » de la tradition (Pouillon: 712), appliqué à l'idéologie pronataliste au Bénin: la référence explicite à la tradition de son discours se veut légitimatrice, alors qu'en même temps, elle est révélatrice d'un écart par rapport aux changements sociaux.

L'un des représentants de cette idéologie se définissant comme traditionnelle, mais qu'on qualifiera donc plus justement de traditionnaliste, est un des deux rois d'Abomey, le Roi Béhanzin, qui dit avoir plus de cent vingt enfants<sup>105</sup> et qui est opposé à la contraception médicalisée pour la raison suivante: « Moi je suis pour la procréation, donc la contraception, que dans de très rares cas. Le royaume a besoin de bras valides, le royaume a besoin de se peupler encore » (1.3.08).

Cette idéologie est souvent présentée comme un trait fondamental de la soi-disant « mentalité traditionnelle africaine », dans les écrits africanistes de type culturalistes, lesquels se basent sur des assertions essentialistes, telles que celle-ci: « Dans l'univers mental de l'homme traditionnel [...] la fécondité sous toutes ses formes représente évidemment la valeur première. [...] il sera volontiers nataliste; plus il aura d'enfants, mieux cela vaudra » (Erny, 1988: 20-22)<sup>106</sup>. D'une façon moins « psychologisante », Fassassi exprime cette même idée, très répandue: « La culture et les traditions africaines prônent et entretiennent les idéaux d'une forte fécondité » (2006: 6).

---

<sup>105</sup> Voir le point 1.3.1 « Abomey ». Le Roi Béhanzin a 48 ans et bientôt 54 femmes. Je n'ai pas connaissance du nombre exact de ses enfants, mais d'autres sources m'ont expliqué que beaucoup de ses « enfants » le sont de façon symbolique et non biologique, tous les enfants de descendance royale « Béhanzin » étant ses enfants. Notons qu'il a été médecin dans l'armée coloniale française.

<sup>106</sup> Voir aussi Kossou (1983), sur les raisons « philosophiques » et « cosmogoniques » d'une descendance nombreuse chez les Fons.

De la même façon que la notion de tradition est utilisée comme une référence au passé, elle fait plus appel aux modes de vie ruraux qu'urbains. Moussa insiste sur la spécificité actuelle du milieu urbain par rapport à cette idéologie: « La plupart des études démographiques, et même socio-anthropologiques, ont surtout mis en évidence l'intérêt économique que de nombreuses sociétés africaines tirent d'une descendance nombreuse. Aujourd'hui, au contraire, certaines familles urbaines évoquent les charges très coûteuses de l'éducation des enfants comme le paramètre fondamental ayant favorisé une pratique contraceptive » (2008: 205). Si la tradition permet de rendre compte de comportements procréateurs, elle est aussi une ressource discursive légitimatrice, et donc stratégique.

D'ailleurs, tout représentant d'une autorité « traditionnelle » n'est pas nécessairement pronataliste: par exemple, selon les dires de la sage-femme, la clinique coopère régulièrement avec des « chefs traditionnels ». Il n'y a pas non plus de mouvements de résistance à la contraception médicalisée provenant des adeptes du vodou, la religion dite traditionnelle. Inversement, des représentants de domaines n'étant pas qualifiés de traditionnels (hommes politiques, autorités religieuses chrétiennes, etc.) peuvent aussi tenir un discours pronataliste, tout en disant se baser eux-mêmes sur la tradition.

Ce discours construit souvent un « traditionalisme africain » en opposition à un « impérialisme occidental », pour mettre en évidence le caractère importé et exogène de la contraception médicalisée, présentée alors comme une imposition occidentale inadaptée à la culture locale (Bonnet et Guillaume, 2004), malgré l'existence d'autres moyens locaux de régulation de la fécondité (Moussa, 2008)<sup>107</sup>. Ce que les résistants considèrent comme étant une « imposition néocoloniale » aurait une motivation dominante et uniquement économique (Mfitzsche, 1998). On peut aussi y lire une certaine réaction au paradigme néomalthusien, la lutte contre la pauvreté étant plutôt interprétée comme une « lutte contre les pauvres »<sup>108</sup>. Les propos du Vicaire sont significatifs:

On est venu avec une idée qui est de faire tout possible pour limiter au maximum les naissances au niveau des pays sous-développés, pour que ceux qui nous aident puissent garder leur niveau de vie. Parce que s'il y a augmentation des naissances ici, la demande serait plus forte. Donc au lieu de limiter les naissances, il faudrait encourager les gens plutôt à travailler et à se prendre en charge. Quand on prend les pays de l'Orient, des fois la population aide aussi au développement [...] donc dire aux gens de ne pas procréer, c'est les faire se

---

<sup>107</sup> André Laplante croit que « les réticences des intellectuels du Tiers Monde tiennent beaucoup plus aux idéologies et aux objectifs des promoteurs du planning familial qu'au fait que ces pratiques contraceptives soient étrangères aux mœurs locales. A notre connaissance, on a toujours pu identifier des pratiques contraceptives traditionnelles chez tous les peuples où on a tenté de le faire » (1973: 54).

<sup>108</sup> « Nombre d'auteurs n'ont vu dans la thèse de Malthus qu'un alibi dégageant la bourgeoisie de toute responsabilité à l'égard des pauvres et justifiant l'existence des privilégiés, des *happy few* » (Faure-Soulet, 2002: 255).

tourner vers l'extérieur, au lieu de leur dire de travailler, on leur dit « réduisez les naissances, comme ça on pourra continuer à vous aider ». C'est une forme d'esclavage qui ne dit pas son nom (20.2.08).

Cette remarque d'un jeune homme (qui travaille dans une ONG à Cotonou) illustre aussi ce sentiment de révolte face à l'idée d'un développement compris uniquement en termes démographiques: « Ce n'est pas qu'on est trop, c'est qu'on n'a pas les moyens » (20.11.07). La résistance à la contraception médicalisée s'inscrit donc dans un discours plus global, lié aux rapports inégaux entre l'Afrique et l'Occident, et met en scène de façon schématique un « traditionalisme indigène » envahi par une « modernité exogène » dont elle ne veut pas et qui irait contre ses intérêts<sup>109</sup>. Cette opposition entre « modernité » et « tradition » incarne un grand partage idéologique « nous/les autres », ethnocentrique, stéréotypé et essentialiste. Initié en Occident, il est alors récupéré, dans ce cas, par ceux-là mêmes qui y jouent le rôle de membres des soi-disant « populations traditionnelles », afin de revendiquer le maintien de certaines normes culturelles, en réaction à des influences externes qui s'y confrontent.

C'est au sujet de la limitation des naissances que la polémique se fait la plus virulente. C'est sans doute en partie pour cette raison que l'ABPF, dans une optique stratégique adaptative, ne propose pas de méthodes définitives et qu'elle insiste dans ses promotions sur le fait qu'elle s'occupe de l'espacement des naissances, et non de leur limitation. Cela rend parfois son discours ambigu:

Lors de la même séance de sensibilisation que citée dans le chapitre précédent, l'animateur montra à un groupement de femmes deux panneaux consécutifs. L'un représentait une famille de cinq enfants, paraissant pauvre et malheureuse et l'autre représentait une famille souriante de deux enfants, vivant dans le confort matériel. Le message se voulait donc promouvoir plus une limitation des naissances<sup>110</sup> que le seul espacement des naissances. Cependant, quand le président de l'ONG avec laquelle travaillent ces femmes évoqua, après la séance de sensibilisation, le terme de « limitation des naissances », l'animateur le reprit immédiatement, disant qu'« on ne dit pas "limitation des naissances", on dit "espacement des naissances" ! ». Par la suite, je lui ai fait part de mon étonnement face à cette affirmation, qu'il justifia ainsi: « Si on disait "limitation", on ne pense alors qu'à ça alors que ce n'est pas que ça. En plus, si on commence à parler de limitation, les gens ne vont pas écouter. Ils te diraient que s'il y avait limitation, est ce que toi tu serais là aujourd'hui ? ».

On peut déduire de cet exemple que lorsque l'ABPF aborde le sujet de la limitation des naissances, dans le sens d'une réduction de la fécondité, elle ne le fait alors que de façon

---

<sup>109</sup> Comme l'expriment les propos virulents du médecin congolais Gérard Ondaye, à l'occasion d'un séminaire interafricain sur le thème de l'éducation sexuelle en Afrique tropicale, qui a eu lieu en 1973 à Bamako: « [...] le contrôle des naissances imposé à l'Afrique par l'Occident est la preuve que la société occidentale n'a pas abandonné ses sentiments de haine, d'exploitation et de mépris pour l'Afrique. [...] c'est l'Europe destructrice, malthusienne » (1973: 16). Aussi, Mfritsche pose la question suivante, dans son livre intitulé *Enjeux éthiques de la régulation des naissances en Afrique*: « L'Afrique pourra-t-elle échapper au plan machiavélique du Planning Familial International ? » (1998: 53).

<sup>110</sup> Dans le sens d'une baisse, d'une limitation de la fécondité et non uniquement dans celui de l'usage de méthodes définitives.

implicite (ici, avec des images) et non verbalisée. Ce « tabou » de terme serait donc justifié par le fait que « la planification familiale [est] souvent perçue uniquement comme une limitation des naissances et se heurte donc à l'hostilité de la population »<sup>111</sup>.

Donc, d'un côté, les résistants accusent les politiques de planning familial de réduire les questions de développement au taux de fécondité, alors que de l'autre, les promoteurs accusent ces derniers de justement réduire la planification familiale à l'objectif d'une baisse de la fécondité. Le directeur de l'association me l'a expliqué ainsi:

C'est vrai que du point de vue culturel, c'est un peu difficile d'aller dans ce sens, l'ABPF ne pouvait même pas dire aux gens de limiter les naissances, c'était difficile, rien que dire planifier c'était déjà problème, en plus limiter c'est grave. Parce qu'en Afrique, on ne limite pas les enfants, on en fait seulement, et chaque enfant naît avec sa chance, toi tu vas juste les nourrir (8.1.08).

Voilà qui interpelle au sujet des changements de noms de l'ABPF et des diverses significations qu'y a eu l'abréviation « PF »: dans la première dénomination, elle signifiait « Planning Familial », dans la seconde, « Planification Familiale » et enfin, dans la troisième, « Promotion de la Famille »<sup>112</sup>. Le directeur parle au passé parce que la situation évolue et ce type de résistance, bien que très présent encore, l'est moins qu'aux débuts de l'introduction et de la diffusion de la contraception médicalisée au Bénin, comme on peut le lire sur un site internet présentant l'association: « A ses débuts, dans les années 1970, les membres de l'ABPF faisaient face à des croyances selon lesquelles la limitation des naissances était imposée par les Blancs “pour nous empêcher d'être aussi nombreux qu'eux” »<sup>113</sup>. Ne pas présenter officiellement la limitation des naissances comme un objectif prioritaire de l'association, alors qu'il ressort des sensibilisations et des discussions informelles avec ses membres qu'il en est bel et bien un, représente effectivement une adaptation aux résistances auxquelles elle se confronte et qu'elle est obligée de considérer, du fait qu'« *in actual fact development projects represent a permanent process of negotiation between strategic groups* » (Bierschenk, 1988: 158).

Le pronatalisme, comme les réactions aux d'effets secondaires, représente une résistance éparse, mais ses acteurs sont tout de même plus identifiables à des domaines particuliers: elle est parfois incarnée par les représentants des autorités politiques dites traditionnelles, elle est souvent émise par des personnes lettrées (dont les dits « intellectuels ») et l'Eglise catholique y participe activement. Le fait que des représentants des autorités

---

<sup>111</sup> Voir <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Benin/ABPF/ABPF.html>. Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>112</sup> Voir le point 1.2.2 « Association Béninoise pour la Promotion de la Famille ».

<sup>113</sup> *Ibidem*

locales<sup>114</sup> fassent partie du groupe stratégique des résistants à la contraception médicalisée montre comment celle-ci s'enchaîne dans des conflits entre pouvoirs locaux ou encore comment elle vient les cristalliser et les révéler (Bierschenk, 1988; Bierschenk et Olivier de Sardan, 1998). Au sein de cette arène politique locale, l'Eglise avance encore un autre argument en défaveur de la contraception médicalisée: la menace de la « débauche ».

#### **4.1.6.b La menace de la « débauche »**

L'Eglise catholique brandit la menace que la diffusion de la contraception médicalisée provoquerait une « débauche sexuelle » avant tout féminine. Les autorités catholiques et les maris de potentielles utilisatrices incarnent les deux types d'acteur principaux de la résistance aboméenne à la contraception médicalisée. Alors que l'ABPF parle de « sexualité responsable » relativement à l'usage de contraceptifs et préservatifs, les résistants jugent qu'ils encouragent au contraire une sexualité irresponsable, illicite et sans limites.

La résistance de l'Eglise catholique est motivée tant par des logiques stratégiques que représentationnelles. Il s'agit d'une logique stratégique dans la mesure où elle combat un concurrent, en s'élevant contre lui: la biomédecine concurrence en effet l'église, en tant que producteurs de normes en matière de reproduction (Moussa, 2008). Cette concurrence se base elle-même sur des divergences idéologiques et représentationnelles: pour l'Eglise, la fécondité dépend de la volonté divine, volonté dont elle se fait l'intermédiaire privilégié, alors que du point de vue biomédical, la fécondité dépend d'une volonté humaine, dont elle se fait l'exécutrice. Ainsi, bien que la biomédecine se présente avant tout comme fournisseur de moyens, elle est aussi porteuse d'idéologies, de normes et de modèles spécifiques (Vidal, 2004), différents de la doctrine catholique.

L'Eglise n'est favorable qu'aux méthodes naturelles (sauf le coït interrompu) et est farouchement opposée aux contraceptifs médicalisés<sup>115</sup>. Mfitzsche expose une position qu'on retrouve chez les autorités catholiques à Abomey: « Le concept de fécondité responsable, n'est pas en soi, pour ainsi dire, un problème à controverse. Si controverse il y a, c'est au niveau de la moralité des moyens » (1998: 25). Les méthodes médicalisées sont ainsi jugées

---

<sup>114</sup> Voir le point 1.3 « Abomey: les spécificités d'un contexte urbain ».

<sup>115</sup> Quant aux méthodes locales, la position de l'Eglise n'est pas aussi tranchée, comme le montre celle du Vicaire: « Il y a aussi des tisanes, des feuilles qu'on triture. Mais on constate qu'elles n'ont pas de conséquences directes sur la santé de la femme. L'Eglise est quelque peu favorable à cela, tout en gardant un peu de distance, car parfois, on ne sait pas comment la composition est faite. Si on fait appel à d'autres divinités pour le faire, alors là pour le chrétien, il doit garder un peu de réserve, mais si on explique correctement et c'est simplement à base de feuilles que ça a été fait, là on peut donner crédit à cela » (20.2.08).

immorales par l'Eglise, non seulement car elles sont qualifiées d'« abortives »<sup>116</sup>, mais aussi car elles dissocient l'acte sexuel de la procréation, comme l'exprime le vicaire:

Tout en restant dans cette logique-là de la responsabilité du couple, il ne faudrait pas qu'on se livre comme ça à ces méthodes, ce serait comme si l'Homme ne serait pas capable de se maîtriser, vivre comme des animaux. On a envie, on se jette l'un sur l'autre. Pour ne pas avoir d'enfants, il y a les méthodes là, on les applique. Il faudrait qu'on soit responsable de bout en bout. Si on détourne l'acte sexuel de ses fins, l'Homme ne peut qu'être comparé à un animal qui s'accouple (20.2.08).

De plus, elle considère que l'usage de la contraception naturelle devrait se limiter au couple marié, toutes relations sexuelles hors de ce cadre étant considérées illégitimes (de nouveau à cause de la dissociation qu'elles opèrent entre sexualité et procréation). La rhétorique catholique dénonce à ce sujet un « relâchement des mœurs », dont la contraception médicalisée représenterait autant le signe que la cause. Aussi, le vicaire s'oppose à la contraception médicalisée chez les adolescents:

Pour ne pas donner le libertinage, la liberté sexuelle. Et on parle de méthodes contraceptives, c'est à la portée de tout le monde et le jeune qui veut, il va acheter ces méthodes, et celle qui n'est pas mariée, même à peine dix ans, elle est déjà instruite dans ce sens- là et elle utilise les méthodes. Alors si on vulgarise tout cela, qu'est-ce qu'on peut dire de l'abstinence avant le mariage ? Donc on détourne l'acte sexuel de ses fins, réservé uniquement au couple marié. Donc c'est une liberté sexuelle, on dit aux gens « Allez-y, faites ce que vous voulez ». [Une fille qui] multiplie les expériences avant son mariage, celle-là, mais quelle vie de couple elle va mener ? Dites-moi, quelle vie de couple elle va mener ? Si elle se marie à une autre personne et un jour elle rencontre ces autres garçons qu'elle a connus, c'est une porte ouverte à l'adultère.

Cette position de résistance face à un usage adolescent des produits contraceptifs médicalisés est, elle aussi, si largement admise dans la population, qu'il est moins aisé d'y associer un domaine ou un type d'acteurs en particulier, si ce n'est leurs propres parents<sup>117</sup>. Par contre, en ce qui concerne les femmes adultes, ce sont surtout des maris réfractaires qui évoquent la menace de la débauche.

D'après le personnel de la clinique, pour certains hommes<sup>118</sup>, la contraception médicalisée peut être synonyme de prostitution ou d'infidélité. L'argument de débauche sexuelle mis en avant par l'Eglise est en effet fréquemment reproduit par les maris (et par extension, la belle-famille) des potentielles utilisatrices.

Les maris expriment la peur que leur femme, une fois sous contraceptifs, se permette l'adultère (du fait de la disparition du risque d'une grossesse extraconjugale) ou alors ils

---

<sup>116</sup> Voir le point 4.1.5 « Liens entre contraception et avortement ».

<sup>117</sup> Voir le chapitre 5 « Les raisons d'une faible fréquentation adolescente de la clinique de l'ABPF ».

<sup>118</sup> Selon l'étude d'Andro et d'Hertrich, dans les pays du Sahel, la demande contraceptive des hommes est plus basse que celle des femmes (2001).

voient dans la volonté de leur femme de pratiquer ce type de contraception la preuve de leur conduite déjà adultérine<sup>119</sup>. La gynécologue d'un cabinet privé, voisin de la clinique, me l'a confirmé: « Les gens pensent que si la femme adopte une contraception et qu'elle ne peut plus tomber enceinte, ça ouvre la porte à la débauche, surtout chez les femmes mariées » (3.3.08). Une membre du MAJ-ABPF fait la même constatation:

D'autres disent que c'est une porte ouverte au vagabondage. Parce que s'ils ont une partenaire qui a adopté une méthode, ils se disent que si elle a déjà fait un truc du genre, ça veut dire que si elle peut avoir des rapports sexuels avec lui, elle peut aussi partir avec d'autres partenaires, parce qu'elle n'aura pas peur de contracter une grossesse (présidente des MAJ au niveau national, 22 ans, 14.3.08).

C'est la raison pour laquelle certaines femmes n'abordent même pas le sujet avec leurs maris, craignant de telles réactions de leur part<sup>120</sup>. Mes observations sur le terrain m'ont amenée à conclure qu'une femme était rapidement suspectée d'adultère<sup>121</sup> - d'où le fait qu'on l'accuse en cas d'utilisation ou de volonté d'utilisation de contraceptifs - et que son confinement dans l'espace domestique, incluant la maternité et la charge de travail qui y est localement attaché, est perçu comme une manière de l'éviter. Ce confinement est abordé par Tabet: « Immobiliser les femmes pour les faire engendrer, les féconder pour les immobiliser » (1998: 104). La contraception médicalisée réveille donc chez certains hommes leur peur de l'infidélité, ainsi que des réactions de type antiféministe, liées au rôle et au statut de la femme au sein du foyer.

Des maris se sont opposés à l'usage de la contraception médicalisée, jugeant qu'ainsi leur femme auraient privilégié de trop d'autonomie, n'étant plus autant dépendantes des soins aux enfants (ni de l'argent nécessaire pour ce faire, provenant du mari) et ayant le temps nécessaire à développer (davantage) une activité économique. C'est ce qu'exprime un volontaire, conseiller de l'association:

Dans la zone ici, les hommes, nous sommes un peu féodaux, on ne veut pas toujours laisser libre court à la femme de mener ses activités personnelles au niveau de sa santé et il y en a qui n'aiment pas du tout entendre ça, car pour eux ça veut dire permettre à la femme d'être libre, de mener des activités parallèles et, partant de

---

<sup>119</sup> J'ai pu remarquer que le préservatif était aussi un symbole d'infidélité. Une explication pourrait être que les hommes associent systématiquement le préservatif à l'infidélité du fait qu'eux-mêmes l'utilisent dans leurs rapports extraconjugaux. Julie prenait la pilule depuis longtemps, avec l'accord de son mari, mais voulait changer de méthode à cause de la perturbation de son cycle menstruel dû à un effet secondaire qui la dérangeait. Pour ce faire, l'infirmière lui a dit de cesser de prendre la pilule, d'attendre ses prochaines règles avant de revenir et d'utiliser en attendant des préservatifs. Julie expliqua que son mari n'accepterait jamais leurs utilisations avec elle et, qui plus est, qu'il l'accuserait « de tricher » (c'est-à-dire de lui être infidèle). Julie savait par ailleurs que son propre mari utilisait des préservatifs dans des rapports extraconjugaux. Or, le préservatif n'a pas l'exclusivité de cette association d'idée: pour d'autres maris, toute méthode contraceptive est un signe de comportement adultérin.

<sup>120</sup> Voir le point 4.2.2.a « Une pratique négociée ou imposée ».

<sup>121</sup> Voir le point 5.1.2.b « Un partage sexué de la sexualité ».

cela, elle peut tricher. Parce qu'avec ce moyen elle ne va pas concevoir, donc elle a la facilité de tricher. Alors ils sont contre. Pour certains, il faut procréer, la femme est là pour procréer (30.1.08).

Cette autonomie est donc perçue dans ce cas comme un éloignement du foyer négatif et comme une porte ouverte à l'adultère. Une autre volontaire (vice-présidente au niveau départemental) soutenait que des hommes refusaient la contraception de peur que, si leurs femmes gagnent plus d'argent (ayant plus de temps pour effectuer d'autres activités que les domestiques), ils ne pourraient plus la « dominer » autant qu'avant. Elle ajouta que « l'homme sait que tant que la femme est entrain de concevoir, de faire des enfants, elle ne pourra plus avoir un pouvoir de décision, un pouvoir d'évoluer. Lui prendre tout son pouvoir, c'est de lui flanquer une grossesse et de lui laisser faire des enfants » (5.2.08). Puis, elle évoqua des cas de maris qui se sont plaints que depuis l'usage de contraceptifs, leurs femmes n'étaient plus aussi « respectueuses » qu'auparavant, le respect étant à comprendre ici dans le sens de « soumission ». Le débat sur la contraception médicalisée est donc un révélateur privilégié des conflits de pouvoir locaux entre hommes et femmes.

Ce n'est pas un hasard si les autorités catholiques et certains maris dénoncent tous deux la même débauche féminine, étant donné que c'est là un argument typique de la domination masculine, dont les institutions de l'Eglise et de la Famille, entre autres, assurent la perpétuation (Bourdieu, 1998)<sup>122</sup>. Héritier, elle aussi, relie la domination masculine à la religion: « [...] le fait même que le bénéfice ne soit plus celui exclusif de l'homme est la raison pour laquelle l'usage des moyens contraceptifs par les femmes est perçu par tous les fondamentalismes, sans exception, comme la porte ouverte à la débauche féminine, en tant que pendant obligé de son émancipation » (2002: 292). Cette menace de débauche, que brandissent les résistants de la contraception médicalisée à Abomey, est similaire à ce que McLaren dit à propos de l'Occident actuel: « Ceux qui sont hostiles à la contraception et à l'avortement affirment depuis longtemps que les méthodes de contrôle des naissances servent en fait à inciter à la promiscuité sexuelle. Les femmes ne resteront chastes, affirment-ils, que si elles ont de bonnes raisons de craindre d'être enceintes » (1996: 384).

Celles-ci se trouvent parfois au cœur de pressions contradictoires: les seules méthodes qu'accepte l'Eglise sont basées sur l'abstinence périodique<sup>123</sup>, alors que les hommes l'acceptent rarement, comme le montrent ces propos:

Lors d'un entretien avec Madame C, elle me dit: « Si tu comptes les jours et que ton mari a besoin de toi, eux, ils ne comptent pas, donc tu dois le satisfaire à ce moment ». Mon interprète (qui était présente bien que

---

<sup>122</sup> Les deux autres institutions prises en compte par Bourdieu étant l'Etat et l'Ecole.

<sup>123</sup> Sauf en ce qui concerne l'allaitement prolongé.

Madame C parle français) intervint, en s'adressant à moi: « Quand tu es sous le toit d'un mari et qu'il a envie, à n'importe quel moment tu dois le satisfaire », ce à quoi Madame Marisa acquiesça (28.2.08).

Voilà qui explique aussi pourquoi beaucoup d'usagères de la clinique m'ont expliqué avoir d'abord utilisé la méthode du calendrier avant leur mariage et leur premier enfant, puis s'être tournées vers les méthodes médicalisées: une fois qu'elles étaient mariées, l'abstinence périodique n'était plus praticable.

Si la résistance catholique se présente sous une forme spécifiquement officielle et institutionnelle, la résistance des maris représente l'obstacle majeur à l'utilisation de la contraception médicalisée, car elle est plus proche des utilisatrices, plus directe. Je n'ai entendu qu'une seule fois parler d'une réticence féminine se référant à la religion et ce indirectement, par l'infirmière: « Certaines n'aiment pas l'implant car elles disent que ce n'est pas bon d'être au culte et de sentir qu'elles ont quelque chose de contraceptif en elles dans le bras. Ca les gêne ». Presque toutes les autres interlocutrices, évoquant des oppositions, ont parlé de celles de leur mari ou de leur belle-famille, sans jamais se référer aux autorités religieuses. Par ailleurs, les quelques fois où j'ai demandé à des utilisatrices catholiques si elles connaissaient la position de l'Eglise sur la question, elles me répondaient par la négative. Elles l'ignoraient, tout simplement, ou alors n'en tenaient pas compte, comme Julie:

Julie se présente comme étant une catholique fervente. Alors que je lui expliquais une fois toutes les méthodes contraceptives dont disposait l'ABPF, comme elle me l'avait demandé, je précisai que l'Eglise n'était favorable qu'à la méthode du collier. Elle s'y intéressa d'abord tout particulièrement, jusqu'à ce qu'elle la juge trop compliquée et souhaite avoir plus d'informations sur les autres méthodes, passant outre la position ecclésiastique dont je venais de lui parler.

L'Eglise et les maris représentent donc les plus grandes influences sur les pratiques contraceptives des femmes, reliées entre elles dans leur résistance, mais exerçant leur autorité de façon inégale. Bourdieu ajoute, après avoir insisté sur le rôle important de la religion dans la domination masculine, que « c'est sans doute à la famille que revient le rôle principal dans la reproduction de la domination et de la vision masculine » (1998: 92). La thématique des rapports de genres dans la pratique de la contraception médicalisée sera développée dès à présent, après avoir d'abord donné un aperçu des relations entre le personnel et les usagers au sein de la clinique.

## **4.2 Pratiques et relations sociales à la clinique de l'ABPF**

### **4.2.1 Interactions entre le personnel et les usagers**

#### **4.2.1.a Des rapports inégalitaires**

Selon Moussa, « alors qu'en milieu familial, [divers antagonismes] confortent un certain ordre établi en construisant et en agençant des rapports sociaux de sexe, ce sont surtout des rapports sociaux de classe qui prennent forme dans les interactions soignants-soignés à l'intérieur de l'espace médical » (2008: 15). Bien que tous les clients soient généralement accueillis par l'infirmière et la sage-femme avec courtoisie et convivialité, j'ai pu observer des différences de traitements, non seulement en fonction de leur niveau social, mais aussi de leur âge et de leur sexe, signes de l'inégalité dans laquelle se déroulent les relations entre prestataires de service et usagers (Fall, Vidal et Gadou, 2005; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003, 1999; Russel et Thompson, 2000).

Les inégalités sociales entre soignants et soignés prennent à la clinique deux formes principales: soit une inégalité entre « lettrés » et « illettrés », généralement correspondante à une inégalité de classe sociale, soit le client partage avec le personnel son appartenance à la catégorie sociale des « lettrés » et l'inégalité opérante est alors plutôt d'ordre professionnel, c'est-à-dire qu'elle confronte spécialiste et profane. Le savoir médical que possède le personnel soignant et qui lui est spécifique par rapport à d'autres personnes lettrées, lui permet par conséquent d'exercer un pouvoir d'autant plus important sur les patients, qu'ils soient lettrés ou non (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Ces inégalités débouchent sur des différences de traitements, qui sont particulièrement visibles dans le mépris de l'infirmière et de la sage-femme envers l'illettrisme, perçu comme le foyer de tous les obstacles à la contraception et à la santé en général. Leur mise en accusation de l'analphabétisme se traduit fréquemment en une attitude condescendante envers les usagers illettrés. L'infirmière demandait souvent aux usagères si elles parlaient Français, pour savoir si je pouvais directement m'entretenir avec elles ou pas, et réprimandait systématiquement celles qui répondaient par la négative. Cette condescendance émergeait particulièrement lors de situations conflictuelles, surtout quand les usagères ne se conformaient pas, ou seulement en partie, aux instructions des agents de santé (Jaffré, 1999 a). Olivier de Sardan juge ces situations inévitables: « [...] ce décalage entre les attitudes attendues ou souhaitées des "populations cibles" et leurs attitudes "réelles" est une expérience

[...] que tous les praticiens du développement ont, je crois, subie [...] » (1990: 28). Les agents de santé de la clinique gèrent ce décalage en mettant la faute sur les usagers, considérés alors comme à la fois coupables d'irrationalité et victimes de leur illettrisme<sup>124</sup>, alors que, comme le précise le même auteur, « les gens n'agissent pas comme on s'attend à ce qu'ils le fassent parce qu'ils ont de bonnes raisons pour cela [...] » (*Ibidem*).

En général, les employées montraient non seulement peu de compassion, mais aussi peu de tolérance envers les éventuels manques de moyens financiers de leurs clients. « Les gens ne comprennent rien, on leur explique et ils disent qu'il n'y a pas d'argent », s'est plainte une fois l'infirmière sur un ton de reproche. Elle fit la remarque suivant à une usagère: « Tu n'as pas d'argent pour une nouvelle fiche ? Alors coupe-toi une oreille et j'écrirai dessus ! ».

L'infirmière avait effectivement pour habitude de « taquiner » les clientes (et moi-même). Par exemple, elle n'hésitait pas à dire à une autre usagère: « Tu es couturière, et c'est comme ça que tu t'habilles? ». Elle m'a expliquée le faire parce que « ça les détend, ça leur fait oublier leurs problèmes. » Son ton était effectivement celui de la plaisanterie et les usagères riaient souvent à ses interventions. Par ailleurs, les « taquineries » sont des modes de sociabilité largement répandues en Afrique de l'Ouest (Labouret, 1929). Cependant, j'ai pu remarquer qu'elle se le permettait d'autant plus que le statut social et l'âge de l'usagère différaient du sien (lorsqu'ils lui étaient inférieurs). J'ai demandé une fois à mon interprète si elle avait des observations à faire au sujet de l'attitude de l'infirmière envers les usagères<sup>125</sup>, ce à quoi elle répondit: « Quand elle [l'infirmière] voit qu'une femme est pair [c'est-à-dire qu'elle n'est pas plus âgée qu'elle], elle la taquine beaucoup. Mais si elle voit que la dame est élégante, elle ne plaisante pas de prime abord avec cette dernière. » Par conséquent, bien que cette habitude de taquiner parte d'une intention altruiste et d'un souci d'efficacité professionnelle, le fait qu'elle soit unilatérale (les usagères, elles, ne se la permettent pas) et plus ou moins marquée selon le statut social (d'âge ou de classe), est révélateur d'une inégalité dans ces relations, incarnée par ces différences de traitements. La tournure parfois sarcastique et moqueuse de ses taquineries en est également révélatrice. Au cours d'une consultation, elle eu cette réflexion face à une usagère: « Pourquoi tu as fait les cicatrices [les

---

<sup>124</sup> Suivant le même schéma, l'infirmière interpréta ce « fléau » comme la raison de mes éventuelles difficultés méthodologiques, quand des femmes étaient réticentes à mes questions.

<sup>125</sup> Les interactions entre la clientèle et le personnel se passant en dialecte local, mon interprète avait accès à ceux-ci d'une façon plus directe que moi-même, même si après-coup elle me les traduisait. Cette dernière passait par ailleurs presque autant de temps que moi à la clinique. Pour ces deux raisons, je considère ses propres observations comme étant pertinentes.

scarifications aux joues] à l'enfant ? Aujourd'hui, plus personne ne fait ça ! ». Les mêmes variables d'âge et de niveau social sont également pertinentes dans le cadre de l'attitude moralisatrice que l'infirmière prenait fréquemment face aux usagers, cette fois avec un ton des plus sérieux. Cette attitude était parfois indépendante de tout fondement médical, comme dans cet exemple: « Tes enfants ont sept et deux ans ? C'est trop ! Mes enfants ont cinq ans d'écart et ils se disputent tout le temps. Il faut moins espacer ! »).

L'infirmière ne taquine pas les hommes comme elle taquine certaines femmes. Les employées n'ont donc pas non plus la même attitude envers les femmes que les hommes (soit venant seuls, soit accompagnant leur femme), et n'en parlent pas de la même façon. Elles sont plus enclines à fournir des informations complètes et des services aux femmes qu'aux hommes. Quant aux propos qu'elles tiennent à leur sujet, ils dénoncent fréquemment leur irresponsabilité et leur instabilité. Aussi, l'infirmière dit à un homme venu seul:

Les hommes sont compliqués, très compliqués. Si c'est la femme qui décide, bon, le problème est plus ou moins réglé, mais quand c'est l'homme, on est jamais sûr de ce qu'il va faire demain, de quelle folie il peut avoir, quel contact il peut rencontrer, quoi. Si les hommes devaient le faire [utiliser une méthode contraceptive], ça ferait longtemps qu'on aurait fermé la porte !

Quand les maris sont absents, l'interaction se passe alors « entre femmes ». Cela a pour avantage que les usagères parlent de façon plus ouverte et qu'elles vivent la situation de consultation gynécologique plus facilement que si le personnel était masculin<sup>126</sup>. L'infirmière demandait toujours aux usagères leur accord pour que j'assiste aux consultations. L'une répondit: « Oui, elle peut rester, parce qu'elle aussi est une femme » (3.2.08).

Par ailleurs, j'ai été à plusieurs reprises témoin de l'usage de termes de parenté par les clientes à l'adresse de l'infirmière ou de la sage-femme, même de la part de nouvelles, les appelant alors « mama » ou « tata ». L'utilisation de ces noms affectueux a pour but l'établissement d'une proximité avec elles. D'après Jaffré et Olivier de Sardan, « ces termes sont ainsi à la fois l'indicateur de rapports personnalisés entre individus, mais aussi des marqueurs de manipulations symboliques, ayant pour but de créer des liens à ou ils n'existent pas naturellement. Cet usage performatif des termes de parenté est, dans les services de santé, une des modalités des rapports entre usagers et personnels » (2003: 96). Ils ajoutent que le lien qui cherche ainsi à être établi vise à obtenir un meilleur traitement, autrement dit un

---

<sup>126</sup> C'est là plus une supposition qu'une constatation, basée sur le tabou de la sexualité (en tant que sujet de conversation) existant à Abomey entre personnes de différents sexes (notamment entre époux).

traitement privilégié, dans la mesure où les rapports entre soignants et soignés sont moins inégalitaires dès lors qu'il existe entre eux un lien de parenté ou de camaraderie (ceci étant indépendant du niveau d'instruction).

Toutefois, cette dénomination familiale et ce partage du même genre n'implique pas pour autant l'installation de rapports de confiance entre les deux acteurs, comme le montrent les récurrents mensonges et omissions qui sont émis de parts et d'autres.

#### **4.2.1.b Méfiance, « petits mensonges » et omissions**

Les agents de santé font preuve de méfiance, tant envers les usagères que leurs maris. Une des plaintes récurrentes de l'infirmière était que « les femmes nous trompent », évoquant tantôt le fait qu'elles viennent enceintes à la clinique dans le but d'avorter, tantôt qu'elles mentent aux questions, voire n'y répondent pas, au cours des consultations: « Elles mentent sur leurs antécédents parce que ça ne leur dit rien. C'est l'alphabétisme qui fait ça aussi. » Leur méfiance a donc pour objet les compétences des femmes à répondre aux questions, ainsi que leur bonne foi.

Cela provoque parfois chez elles un sentiment d'exaspération, exprimé ici par l'infirmière: « Ah ! Les femmes, elles sont impossibles ! ». Elle évoqua cet exemple: « Quand on fait l'examen gynécologique, les femmes ne me disent pas que ça fait mal, bien que je leur demande. C'est qu'elles ne veulent pas être embêtées, elles n'ont ni le temps, ni l'envie [...] jusqu' à ce que ça ne parte pas ou que ça devienne grave et qu'alors elles le disent plus tard ». Voici par exemple comment s'est déroulée une consultation au sujet du retrait d'un stérilet<sup>127</sup>:

Madame D est venue à la clinique dans le but de se faire retirer son stérilet. Elle a d'abord dit qu'elle maigrissait, ce à quoi l'infirmière lui répondit que le stérilet ne provoquait pas cela. Elle dit alors qu'elle n'avait plus ses règles mais la réponse fut la même. Elle renchérit en expliquant qu'elle avait des infections, puis l'infirmière lui dit qu'il fallait alors d'abord traiter les infections avant de le retirer. Elle finit par dire qu'elle n'avait pas d'infections mais un ulcère, à cause du stérilet. L'infirmière haussa le ton un peu plus à chaque échange et finit par croiser les bras et s'exclamer: « Oh, Seigneur ! ». Elle décida de procéder au retrait du stérilet, malgré son manque de justification, mais comprenant que la cliente était déterminée à le faire, quoiqu'elle en dirait. Elle ne manqua cependant pas de manifester l'état d'énervement dans lequel l'avaient mis ses mensonges.

L'échange est donc devenu conflictuel car la cliente n'était pas à même de donner à l'infirmière un motif qui lui paraissait valable pour retirer son stérilet, comme elle le souhaitait. Julie, elle aussi, connût une consultation conflictuelle avec la même infirmière:

---

<sup>127</sup> Voir le point 4.1.4 « Interprétations des effets secondaires ».

Julie voulait acheter des pilules, alors qu'elle n'avait pas ses règles à ce moment-là. Comme elle n'était pas venue à l'ABPF depuis quatre ans, elle était considérée comme une nouvelle cliente et devait par conséquent venir pendant ses menstrues pour adopter une méthode, selon le protocole de la clinique. Plus Julie insistait pour obtenir immédiatement les pilules, plus l'infirmière jugeait qu'elle était enceinte et espérait avorter. Ce « dialogue de sourds » aboutit à l'énervement des deux protagonistes, l'une frustrée de ne pas obtenir ce qu'elle était venue chercher, l'autre agacée du fait que l'usagère n'accepte pas de faire un test de grossesse, persuadée que Julie lui cachait son état<sup>128</sup>.

On voit à travers ce dernier exemple comment le pouvoir de définir la situation fait partie de l'autorité de l'agent de santé (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999).

C'est aussi le cas la rétention d'information (*Ibidem*). Ces « petits mensonges » et omissions ne vont effectivement pas qu'en sens unique et le personnel aussi en fait à l'encontre des usagères. Le fait de me présenter à elles comme agent de santé en est d'ailleurs une illustration.

En ce qui concerne les instructions, les employées en donnent de plus strictes que la méthode parfois ne le nécessite. Par exemple, quand elles fixent un rendez-vous pour des injections de tous les deux mois, elles disent aux femmes que si elles viennent plus tard que la date exacte, même un seul jour, la méthode ne sera plus efficace, alors qu'elles me diront à moi qu'avec l'injection de deux mois, même deux semaines plus tard, l'effet contraceptif ne s'interrompt pas. Elles justifient ce « petit mensonge » par le manque de rigueur des usagères aux rendez-vous, disant que si celles-ci étaient au courant, elles retarderaient indéfiniment leur venue à la clinique. Un autre exemple est d'occulter aux clientes que toute pilule peut faire office de contraception d'urgence, selon un nombre de pilules à prendre dépendant de chaque marque<sup>129</sup>.

Conjointement à ce qui a déjà été dit au sujet des différences de traitement selon le genre, la rétention d'information est plus forte envers les hommes. Les employées refusent généralement de vendre des produits à des hommes en l'absence de leur femme (ce qui se justifie par la nécessité d'un contrôle et du suivi médical préalable). A la requête d'un homme venu seul demandant à la sage-femme de lui expliquer les méthodes, elle lui rétorqua: « Amenez-moi d'abord la femme ». D'après les dires de l'infirmière: « On n'explique pas trop aux hommes, car après ils imposent la méthode aux femmes ».

---

<sup>128</sup> Voir le point 5.2.2 « Contraintes médicales et pratiques ».

<sup>129</sup> Ces occultations ne sont pas spécifiques au personnel de la clinique de l'ABPF. Elles concernent parfois la communauté médicale internationale.

Ces « petits mensonges » et omissions sont un indicateur de multiples caractéristiques des relations soignants/soignés, comme le manque de confiance réciproque et l'inégalité des rapports de pouvoir, ainsi qu'un indicateur des logiques de contournement utilisées par les uns et les autres.

Le sentiment de méfiance non plus ne se trouve pas que du côté des agents de santé, mais aussi du côté des usagers, comme le montre l'exemple d'un autre homme venu d'abord seul, pour voir s'il allait revenir avec sa femme, s'inquiétant de savoir si le personnel n'allait pas choisir la méthode contraceptive à sa place<sup>130</sup>. La méfiance est aussi parfois plus forte entre mari et femme, qu'entre soignants et soignés. La gynécologue officiant à côté de la clinique fait venir les maris le plus souvent possible, parce que « quand ils sont là, en face du médecin et qu'on leur explique, ils comprennent mieux que si c'est la femme qui rentre et qui fait un feed-back, ils écoutent plus, ils croient plus quand c'est du personnel soignant qui leur parle que si c'est les épouses » (3.3.08).

## **4.2.2 Rapports de genres dans la pratique contraceptive**

### **4.2.2.a Une pratique négociée ou imposée**

L'analyse des pratiques contraceptives est révélatrice des rapports de genres locaux. Plusieurs auteurs démontrent l'importance de l'influence du mari au sein du couple sur la décision d'utiliser des contraceptifs médicalisés, influence même supérieure à celle de l'épouse. C'est ce qui fait dire à Attanasso qu'au Bénin, « l'approbation du conjoint à la planification familiale est une variable très importante de la dynamique en matière de contraception » (2007: 23)<sup>131</sup>. Andro et Hertrich critiquent que les enquêtes traitant de la demande contraceptive ne prennent en compte que le point de vue féminin, ce qui ne permet qu'une analyse partielle du phénomène dans les pays du Sahel, où la demande n'est pas la même de la part des hommes et des femmes et où « la probabilité d'utiliser la contraception est principalement liée aux attentes des hommes, le point de vue de la femme comptant peu » (2001: 771). Quant à Fassissi, il souligne qu'« en Afrique, les stratégies de planification familiale sont orientées presque exclusivement en direction des femmes » (2006: 39), alors que, « [...] la position du conjoint quant aux questions relatives à la planification familiale

---

<sup>130</sup> « Et pour la méthode, c'est elle qui choisit ? Vous n'influencez pas son choix, vous ? » (3.2.08). Voir aussi le point 4.2.3 « La pluralité des méthodes: faire des choix ».

<sup>131</sup> Selon les résultats de son enquête, plus le conjoint est instruit, plus il est favorable à la contraception médicalisée, et ce d'autant plus s'il travaille dans un secteur « moderne » plutôt que « primaire » (*Ibidem*).

apparaît comme l'un des déterminants les plus importants de l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive » (*Ibidem*: 44). Tous ces auteurs dénoncent donc le manque de prise en compte des interactions au sein du couple, en ce qui concerne les prises de décisions s'agissant de la contraception médicalisée.

J'ai observé trois situations différentes à la clinique de l'ABPF, ayant trait aux relations conjugales: celle de femmes qui pratiquaient la contraception médicalisée en accord avec leur mari, celle d'autres qui le faisaient « clandestinement », c'est-à-dire à leur insu, et celle d'autres encore à qui elle était imposée par leur propre mari. On peut les réduire à deux cas de figure: une contraception tantôt négociée, tantôt imposée, que ce soit directement (par le mari, officiellement) ou indirectement (par l'épouse, officieusement), ce que Moussa appelle « une "imposition" détournée de la contraception dans le ménage » (2008: 277).

Le constat que je fais sur des situations d'imposition maritale relève cependant plus de l'interprétation que de l'observation directe, étant donné que les femmes ne disaient pas explicitement qu'on leur imposait la contraception, mais l'exprimaient de façon plus implicite, ou évoquaient plutôt une résignation de leur part, comme cette usagère: « Moi j'en veux encore [des enfants], mais pas mon mari, alors je me suis résignée » (35 ans, 4 enfants, commerçante, 28.12.07). L'interprétation venait parfois du personnel de santé lui-même. Au début d'une consultation, l'infirmière a une fois commencé par demander à la femme présente (accompagnée de sa belle-sœur et de son mari), si personne ne l'avait forcée à venir. A propos d'une autre consultation menée par la sage-femme, où un couple venait pour la première fois, l'infirmière m'interpella:

Tu as vu la position de la femme depuis qu'elle est rentrée<sup>132</sup> ? On dirait que c'est le mari qui le lui a imposé, c'est la première impression que ça donne. Je suis sûre qu'elle ne voulait même pas faire la PF. Mais les femmes tu ne peux pas les aider ! On ne peut pas aider les femmes malgré elles. On ne peut rien faire, car la femme ne nous dit rien. Ce n'est quand même pas de ma faute si les femmes se laissent faire !

Le fait que des femmes se voient imposer la pratique contraceptive par leur mari contredit une généralisation faite par la majorité des membres de l'ABPF que j'ai rencontré (les seuls y faisant exception étant les deux agents de santé de la clinique et quelques volontaires), qui veut que les femmes soient toujours favorables à la planification familiale et

---

<sup>132</sup> La femme était assise le dos contre le mur, sans faire face à la sage-femme, mais faisant face à son mari, se tenant courbée et ne disant rien, laissant ce dernier répondre à toutes les questions. Elle avait une expression apeurée, du moins intimidée.

les hommes, rarement. Par ailleurs, si une femme est réticente, les agents de l'ONG l'interpréteront comme un simple manque d'information<sup>133</sup>:

Si c'est le mari qui impose la PF? Bon, donc elle n'est pas informée et le mari, il apporte cette nouvelle à la femme, il lui donne cette lumière-là et comme ça, ils viennent se planifier. Car il y a des hommes qui ne permettent pas aux femmes de venir » (animatrice de zone des collines). Une volontaire, secrétaire générale du Zou, dit de cette imposition masculine: « Là, je vois que c'est bon. Car dans la majorité des cas, ce sont les maris qui bloquent. La femme, il lui manque l'information, quand on va la sensibiliser, elle va accepter (30.1.08).

Certes, il se peut que des femmes, d'abord réfractaires, souhaitent ensuite elles-mêmes pratiquer la contraception médicalisée après avoir reçu plus d'information, d'autant plus que de fausses informations circulent à son sujet<sup>134</sup>, mais ce cas de figure ne doit pas en faire occulter d'autres, où des femmes, aussi bien informées soient-elles, ne souhaitent pas le faire, du moins pas au même moment que leur mari. En supposant que les femmes, « au fond », souhaitent toujours utiliser des contraceptifs, les membres de l'association occultent ces situations d'imposition ou les minimisent, ne les considérant pas en tant que telles.

Dans les autres situations (de négociation ou de clandestinité), au contraire, les femmes disaient explicitement venir « en accord avec [leur] mari » ou venir sans qu'il ne le sache. J'ai rencontré des époux qui s'étaient mis d'accord sur la pratique contraceptive, mais la cachaient ensemble à leurs parents et surtout aux parents du mari, plus influents. Au Niger aussi, Moussa remarque qu'« il y a des couples, certes peu nombreux, qui organisent de manière concertée leur fécondité, mais qui se retrouvent confrontés à leur entourage et à leurs parents respectifs. [...] il ne fait de doute que l'influence du groupe du mari est plus forte sinon exclusive, car "l'infériorité" de la femme se répercute aussi implicitement sur sa parentèle qui joue les seconds rôles face à sa belle-famille » (2008:259).

Il ne faudrait pas imaginer pour autant que les situations de négociation sont, elles, égalitaires. L'inégalité économique entre conjoints est un facteur essentiel de l'inégalité de la distribution des pouvoirs décisionnels en la matière. D'où des réflexions, telles que celle de cette usagère: « [Mon mari] entretient bien les enfants, donc au cas où il demanderait encore à en avoir, je serais obligée de procréer » (revendeuse, 36 ans, 5 enfants, 29.12.07)<sup>135</sup>. Bien que des hommes acceptent le désir contraceptif de leur épouse ou qu'ils en acceptent le refus, autrement dit, bien qu'il puisse y avoir consensus (sur le nombre d'enfants, par exemple, ou le temps d'espacement entre deux naissances), en cas de divergences, c'est généralement la

---

<sup>133</sup> Voir le point 4.1.2 « La rhétorique promotionnelle ».

<sup>134</sup> Voir le point 4.1.4 « Interprétations des effets secondaires ».

<sup>135</sup> Voir le point 4.2.2.d « L'appropriation masculine d'une pratique féminine ».

volonté du mari qui prime. C'est eux qui ont le dernier mot, car leur pouvoir décisionnel reste supérieur, même quand les pratiques procréatrices sont négociées.

Dans le cas de la contraception clandestine, les femmes justifient leur attitude par la crainte d'un désaccord de leur mari. Certaines savent qu'il s'y serait opposé, alors que d'autres ne sont pas certaines de son opposition:

Parfois, elles essaient de jauger leur mari pour voir quelle serait leur position. Donc elles essaieront de provoquer un peu le mari pour voir s'il serait favorable à une telle pratique. Dès lors qu'elles se rendent compte que le mari ne voudra jamais, elles se taisent et viennent tranquillement le faire (directeur des programmes, 14.1.08).

Une usagère, qui s'était fait mettre un implant à l'insu de son mari (un polygame qui avait déjà treize enfants), s'exclama: « Non, moi, je ne sais pas pourquoi mon mari veut encore des enfants, je ne sais pas ce qu'il pense ! » (coiffeuse, 34 ans, 3 enfants, 14.12.07).

Plusieurs interlocuteurs m'ont affirmés qu'à Abomey, il n'est pas usuel que les époux parlent entre eux de sexualité et, par extension, de contraception<sup>136</sup>. Les employées de la clinique, entre autres, disent que c'est un sujet tabou dans la famille, tant entre les parents qu'entre eux et les enfants<sup>137</sup>. Andro et Hertrich confirment que dans les pays du Sahel, les conjoints parlent peu de contraception entre eux (2001), ce que les sociologues africains Codou Bop et Fatou Sow affirment être le cas de nombreuses sociétés africaines (2004). Moussa relève également qu'« il ne peut y avoir négociation autour de la santé sexuelle et reproductive et plus particulièrement autour de la contraception que quand des conditions de dialogue conjugal ont pu être créées. Or, dans nombre de couples, ce sont des questions taboues » (2008: 279).

En n'en parlant pas à leur mari, les femmes évitent donc le risque d'un éventuel désaccord de leur part, à la suite duquel il leur serait difficile de parvenir à leurs fins. En effet, le seul fait d'aborder la question avec un mari réfractaire peut provoquer chez lui suspicion et volonté de contrôle des moindres actes de son épouse.

C'est grâce à l'usage féminin des contraceptifs médicalisés que son imposition indirecte est possible. Les femmes qui le font préfèrent alors logiquement des méthodes discrètes qui ne laissent aucune trace physique ou qui ne nécessitent pas de support matériel,

---

<sup>136</sup> L'enquête de Gbedjissokpa, Finoude et Sonou relève qu'à la clinique d'Abomey, « plus de la moitié des personnes interrogées n'a jamais discuté de PF avec leur époux ou partenaire régulier [...] » (2008: 100).

<sup>137</sup> J'ai aussi constaté cette absence de communication lors d'entretiens que j'ai menés avec des couples, mais séparément: je me retrouvais avec des informations contradictoires sur leurs désirs et projets génésiques. Par exemple, une femme me disait vouloir plus d'enfants pour la seule raison que son mari en voulait encore, alors que lui m'affirmait qu'il n'en voulait plus et que ce n'était pas lui, mais sa femme qui en voulait encore.

comme l'injection (Moussa, 2008). Par souci d'anonymat, il arrive qu'elles refusent de communiquer leur nom de mariage au personnel de santé.

Comme elle représente une transgression de l'autorité masculine, le risque d'une découverte par le mari de cette pratique m'a souvent été évoqué comme étant dangereux pour la femme, susceptible de subir des représailles violentes (Fassassi, 2006):

Les samedi matin, les agents de santé de la clinique sont censés rendre visite aux « perdues de vues », c'est-à-dire aux usagères qui ne sont pas venues à leurs derniers rendez-vous, sans avoir donné d'explications. Afin d'éviter ce genre d'incidents domestiques, l'infirmière ou la sage-femme ne se présentent pas en tant que telles, mais en tant que de simples amies de la femme, en visite de courtoisie.

Un dernier exemple fait échos aux propos de Moussa, selon lesquels « lorsqu'une femme recourt aux contraceptifs malgré l'opposition farouche de son mari, elle est dans certains cas accusée d'entretenir des relations adultérines » (2008: 258), ce qu'elle précise se retrouver dans toute l'Afrique subsaharienne:

Un volontaire (conseiller du Bureau du Zou) me confia qu'il était réticent à fournir des contraceptifs à une femme, dont le mari n'est pas au courant, parce que « quand on va retrouver ça sur elle, par la force des choses, on va la contraindre à dire où est-ce qu'elle a trouvé ça. Quand on va savoir qui c'est, on va penser que j'ai certainement une intimité avec elle » (30.1.08).

Aucun des membres de l'ABPF que j'ai interrogés, sauf un volontaire (se basant justement sur le danger des conséquences d'une telle découverte)<sup>138</sup>, ne réprouvent cette clandestinité, car ils pensent que « c'est leur droit ». D'ailleurs, le personnel permet aux femmes de laisser leur carte de cliente à la clinique, afin que leur mari ne puisse pas la trouver. Cette complicité entre les agents de santé et les usagères contraste avec la relation de méfiance mutuelle précédemment abordée<sup>139</sup>. Les agents de l'ONG la justifient de deux façons différentes. L'infirmière et la sage-femme, répétant que certaines femmes « ne peuvent pas faire autrement », expriment une compassion et une révolte envers la subordination féminine conjugale. L'autre justification, avancée par la majorité des membres de l'association<sup>140</sup>, est que l'usage de la contraception est toujours positif, qu'il passe par la négociation, par l'imposition directe, ou indirecte<sup>141</sup>.

---

<sup>138</sup> « Quand c'est la femme qui pratique, ça a des conséquences, car quand le mari s'en rend compte, ça crée des problèmes, il peut même rompre. C'est ce qui arrive dans la plupart des cas. Le mari se dit "Ah bon, tu adoptes la méthode contraceptive, pour ne pas être enceinte, juste parce que tu ne veux pas me rester fidèle, tu veux courir d'amants en hommes". C'est pourquoi quand c'est la femme qui décide et fait sans le consentement de l'homme, ce n'est pas bon » (vice-président des volontaires de Savalou, 2.2.08).

<sup>139</sup> Voir le point 4.2.1.b « Méfiance, "petits mensonges" et omissions ».

<sup>140</sup> Qui sont pour la plupart des hommes.

<sup>141</sup> Ils disent tout-de-même juger les situations de négociation préférables.

#### 4.2.2.b Des logiques de contournement

Si l'on ne considère que le niveau d'action officiel, la femme a donc le devoir de satisfaire la volonté procréatrice de son mari, avant que la sienne propre, et a théoriquement besoin de son aval avant de pratiquer la contraception médicalisée. Les situations d'imposition indirecte et encore plus celles d'imposition directe, mettent donc en évidence l'inégalité des rapports de genres en la matière (Moussa, 2008), qui s'accompagne d'une appropriation masculine du corps féminin (Héritier, 1996; 2002). Or l'imposition directe et l'imposition indirecte mobilisent, par la même occasion, des logiques de contournement de ce pouvoir officiel.

Dans le cas de la contraception clandestine, on peut toutefois dire que la femme se réapproprie son corps. Seulement, elle est seule à le savoir et elle doit le cacher et veiller à ce que son mari ne l'apprenne pas. Bourdieu évoque « cette force soumise qu'est la ruse » (1990: 10), qu'il répertorie parmi « toutes les formes de violence douce, presque invisible parfois, que les femmes opposent à la violence physique ou symbolique exercée sur elles par les hommes » (1998: 38). Il ajoute encore que « rien n'est plus vain que d'opposer [...] la domination symbolique qui s'exerce à travers la culture légitime et la résistance que peuvent lui opposer les dominés » (1990:15). En ce sens, l'imposition indirecte de la contraception est moins un acte de rébellion face à la domination masculine que l'usage d'une « arme des faibles » pour s'y soustraire, un concept que Moussa emprunte à James C. Scott<sup>142</sup> (2008: 266). Elle s'inscrit alors dans une logique de contournement féminine opposée à une logique de pouvoir et de contrôle masculine. L'avortement aussi, fait partie de cette logique de contournement: « Qu'une femme se mette unilatéralement sous contraception ou qu'elle avorte volontairement sont des indices de contre-pouvoir qui ne sont pas, malgré tout, distinctement visibles sur la sphère sociale publique. Ils n'ont de ce fait que la marge de liberté que s'offre le faible face à une force qui le soumet et qu'il ne peut pas explicitement, confronter, sans déguisement. » (*Ibidem*: 284).

Les femmes usent aussi de « micro-stratégies de dérobade et de contournement (*Ibidem*:261), afin d'échapper à la contraception maritalement imposée. Après avoir dit « moi je savais que j'allais encore faire un enfant, mais mon mari ne voulait pas, je l'ai dupé, en quelque sorte », la trésorière des volontaires du Zou se mit à rire, puis m'expliqua que sa duperie consistait simplement à faire croire à son mari qu'elle utilisait une méthode médicalisée (25.1.08). Dans son cas, son mari ne l'avait pas accompagnée à la clinique. Il est

---

<sup>142</sup> *Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance*, London: Yale University Press, 1985, 389 p.

donc logique que plus une femme est libre de ses mouvements, plus il lui est facile de procéder à ces contournements. Ma propre interprète, qui aimerait avoir quatre enfants et son mari seulement deux, exprime la facilité de contournement qu'offre la contraception quand elle est d'usage féminin: « En tout cas, au moment opportun, je saurai comment faire, car c'est la femme qui maintient tout, qui a tout le secret, c'est la femme ». Une voisine, elle aussi, usa de tels contournements:

Madame E voulait un enfant de plus que son mari, c'est pourquoi il lui imposa de pratiquer la méthode de l'injection. Elle a tout-de-même réussi à avoir son quatrième enfant. Une fois, son mari avait oublié la date de rendez-vous pour faire l'injection. Elle s'en souvenait, mais elle fit exprès de ne pas la lui rappeler, feignant de l'avoir oubliée elle aussi. Elle fit l'injection plus tard que prévu et, peu après, elle conçut son dernier enfant.

Ces logiques de contournement de la contraception imposée permettent également de réfuter la vision schématique et stéréotypée de l'ABPF susmentionnée, selon laquelle c'est toujours la femme qui souhaite moins d'enfants et l'homme qui en souhaite plus.

#### **4.2.2.c L'influence de la polygamie**

La coexistence de la monogamie et de la polygamie, à Abomey, a aussi un impact sur les pratiques contraceptives. Je me suis souvent entendue répéter au cours de mon terrain que la polygamie était un facteur multiplicateur de la fécondité, à cause de la concurrence entre coépouses, du fait que le statut des épouses augmente en fonction de leur nombre d'enfants, spécifiquement si ce sont des garçons (Moussa, 2008). Pour les membres de l'ABPF, la polygamie est aussi considérée comme un facteur aggravant du manque de liberté des femmes en matière de décision contraceptive, partant du principe que dans ce type de structures familiales, les femmes auraient moins de pouvoir de négociation. Mes données ne me permettent pas de confirmer ou d'infirmer cette vision. Par contre, j'ai pu observer que la possibilité même de la polygamie, pour tout Aboméen, peut à la fois restreindre ou amplifier cette liberté, selon les situations.

Certaines femmes pensent que si elles ne font pas assez d'enfants, leur mari deviendra polygame, pour en avoir davantage avec une autre femme. Dans ce sens, la polygamie représente, en quelque sorte, une menace pour la femme, qui doit alors impérativement répondre aux désirs procréateurs de son mari si elle veut l'éviter, comme l'exprime cette usagère: « Moi, je veux quatre enfants, parce que si je ne fais pas quatre, mon mari va me laisser et chercher une autre femme » (commerçante, 35 ans, 2 enfants). Moussa l'explique en ces termes: « Dans certains foyers monogames, les femmes s'inscrivent dans une logique d'occupation stratégique de l'espace conjugal en s'adonnant à une forte activité procréative. Par ce type de tentatives, une femme espère exercer des pressions sur son conjoint pour le

décourager à prendre une autre épouse » (2008: 280). Les cas exposés jusqu'ici - des femmes cherchant à concurrencer leurs coépouses ou des femmes cherchant à éviter qu'il y en ait – suivent donc le point de vue, partagé d'ailleurs par de cette autrice, selon lequel la polygamie serait un facteur de résistance à la contraception.

Par contre, d'autres femmes sont déterminées à limiter leurs naissances: « S'il veut plus d'enfants, il peut aller se marier ailleurs » (femme au foyer, 42 ans, 5 enfants, 26.12.08), dit une autre usagère. Ou encore: « Moi, j'aurai le nombre d'enfants que je voudrai avec mon homme [...] de toutes façons, il a déjà une deuxième [femme] » (couturière, 32 ans, 3 enfants, 29.12.08). De cette façon, la femme est déchargée de la responsabilité exclusive de la descendance du foyer. Donc dans certains cas, la polygamie permet plus aux femmes de limiter leurs naissances, car elles ne sont pas, comme dans les foyers monogames, les seules à procréer. Voilà qui contrecarre l'idée selon laquelle la polygamie est toujours un facteur multiplicateur de la fécondité des femmes. Ces différences d'attitude entre les femmes dépendent notamment de l'importance qu'elles accordent à l'arrivée d'une femme supplémentaire dans le foyer, qu'il soit monogame ou déjà polygame, et de l'intensité de leur volonté à adopter une méthode contraceptive.

Il faut souligner qu'une épouse peut beaucoup procréer et ne pas réussir à éviter pour autant que son mari ne prenne une épouse supplémentaire (qu'il soit monogame ou déjà polygame). Parfois, des hommes ne souhaitent pas tant une progéniture plus nombreuse, que simplement épouser une femme de plus:

Monsieur F, forgeron et acteur, disait ne pas vouloir beaucoup d'enfants. Il avait l'intention de mettre sa première épouse sous contraception et d'en prendre une autre, avec laquelle il ferait d'autres enfants ("mais pas plus de deux"). Sa première femme était pourtant encore en âge de procréer (elle avait 30 ans). Il utilisait alors la contraception pour accorder ses objectifs procréateurs à ses objectifs matrimoniaux.

Tout comme une faible fécondité de la femme peut être considérée comme une raison pour en prendre une autre, parfois, inversement, la contraception est donc utilisée comme prétexte pour justifier des projets polygamiques, comme le dit une volontaire:

Si c'est l'homme qui impose [la contraception], parfois, d'autres femmes n'acceptent pas. C'est des fois que l'homme ne veut plus que cette femme-là n'ait d'enfants et ce serait une raison pour aller chercher encore une autre femme. Il dit: « Non, tu as déjà fait assez d'enfants », alors que lui là en veut encore, en fait c'est pour aller chercher une autre femme, pour aller se remarier quoi. Donc des fois les femmes s'y opposent (5.2.08).

A tort ou à raison (selon les cas), des femmes voient donc dans l'imposition par leur mari de la contraception, non pas une volonté d'espacement ou de limitation de sa progéniture, mais la seule volonté de prendre une autre femme. De plus, dans un foyer

polygame, l'imposition de la contraception à une femme et pas à une autre peut être interprétée comme du favoritisme envers la seconde, puisque le statut des femmes accroît selon leur nombre d'enfants (et, encore une fois, de garçons).

On peut donc s'imaginer à quel point la pratique contraceptive peut devenir un enjeu hautement conflictuel au sein d'un ménage, à plus grande raison s'il est polygame; et à quel point « la structure familiale (monogame ou polygame) a une influence forte sur les décisions des individus en matière de pratique de planification familiale » (*Ibidem*: 280).

#### **4.2.2.d L'appropriation masculine d'une pratique féminine**

La domination masculine s'exprime au travers de l'appropriation de la femme. L'appropriation de son corps se manifeste sous plusieurs formes, dont l'une est la contrainte sexuelle, fortement présente à Abomey, que Moussa désigne en tant que « féminisation de la dette conjugale » (2008: 287). Héritier nous dit que la domination masculine « est fondamentalement le contrôle, l'appropriation de la fécondité de la femme » (1996: 230). Pour en rendre compte, Gautier se réfère à l'expression de « sexage » inventée par Colette Guillaumin<sup>143</sup> (Gautier, 2002: 75). Cette appropriation se base aussi sur la dote. Un mari peut ainsi exiger de son épouse qu'elle fasse davantage d'enfants, car il a « payé pour elle » (40 ans, mécanicien, 20.1.08)<sup>144</sup>.

Tout comme les hommes s'approprient leurs femmes, leur corps et leurs capacités procréatrices<sup>145</sup>, à Abomey, des maris s'approprient la pratique de la contraception médicalisée, même si elle est d'usage féminin. Pour ce faire, ils « prennent en main », symboliquement, physiquement et verbalement, la pratique contraceptive, bien qu'elle passe par le corps de leur épouse et puisse nécessiter une action régulière de leur part (comme venir à la clinique tous les mois pour les injections, ou prendre quotidiennement la pilule).

La nécessité théorique de leur accord, renforcée par leur financement de la pratique contraceptive (dans la plupart des cas), représente l'aspect symbolique de cette appropriation. La même usagère qui m'avait dit s'être résignée à ne plus avoir d'enfants, m'expliqua qu'elle dû le faire parce que « ce n'est pas [elle] qui fait les dépenses de scolarité pour les enfants » (28.12.07). Autrement dit, comme le mari paie l'éducation des enfants, c'est à lui d'en choisir le nombre, que cela corresponde ou non aux souhaits de sa femme. Selon la gynécologue du

---

<sup>143</sup> *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris : Côté-femmes, 1992, 229 p.

<sup>144</sup> Voir le point 5.1.3.a « La responsabilité de la fécondité ».

<sup>145</sup> Et cela, rappelons-le, pas uniquement dans le sens d'une limitation de celles-ci, toujours selon la théorie de Tabet: « [...] le contrôle et l'appropriation des femmes se traduisent, sur le plan démographique, en reproduction [...] on passe d'une simple potentialité biologique à une reproduction imposée, voire forcée » (1998: 84).

cabinet voisin de la clinique, des clientes qui pratiquaient la contraception clandestinement arrêtaient parfois de le faire, parce que « le mari refuse peut-être de s'occuper des enfants, de donner l'argent de la compote parce que la femme ne tombe plus enceinte » (3.3.08).

Les maris s'approprient aussi physiquement la pratique contraceptive, dans le sens que beaucoup viennent pour la première fois à la clinique seuls, afin de connaître le lieu avant de revenir avec leur femme ou de les laisser venir seules. Nombreux sont ceux qui accompagnent leur femme à sa première venue et ne reviennent plus ensuite. Ils ne se contentent généralement pas de rester dans la salle d'attente, mais sont présents au cours de la première consultation. C'est à partir de la prise de poids et de tension de la consultation de base ou de la consultation gynécologique que le personnel soignant leur demande de sortir. Il est fréquent que, lorsque surgit un imprévu (comme une infection devant se soigner ou un prix inattendu), l'usagère veule d'abord parler avec son mari avant de prendre des mesures. Parfois, il revient alors avec elle lors de la consultation suivante. Cette attitude s'explique par une envie de compréhension, mais aussi de maîtrise de la situation.

L'appropriation maritale est enfin également verbale, par le fait qu'au cours des consultations, le mari a souvent tendance à répondre aux questions émises par l'infirmière, même quand elles s'adressent explicitement à son épouse et la concernent spécifiquement; il répond donc systématiquement « à sa place ». J'ai moi-même rencontré ce phénomène au cours de mes entretiens. Si j'interrogeais des couples, le conjoint répondait presque toujours, même quand j'adressais la question expressément à son épouse. Des tournures de phrases sont révélatrices de cette appropriation, inversant les rôles actif/passif dans la pratique contraceptive. Plusieurs fois, des hommes sont venus à la clinique en se présentant ainsi: « Je viens faire le planning familial à ma femme » ou encore ainsi: « je veux mettre ma femme sous pilule » ou « sous piqûre ».

Les usagères proviennent de milieux socioéconomiques variés. « Les femmes n'ont pas l'éducation nécessaire pour décider à deux dans le ménage »; cette affirmation de l'infirmière se réfère au décalage d'instruction existant souvent dans les couples, les femmes étant généralement moins scolarisées que les hommes. Cette différence crée une inégalité entre eux qui se reflète tant à un niveau pratique (comme ne pas savoir lire, par exemple) qu'à un niveau idéologique: le fait que le mari prenne plus de décisions que la femme, même sur des sujets qui la concernent, est aussi basé sur l'argument d'une meilleure instruction.

La plupart des femmes que j'ai rencontrées sont venues pour la première fois à l'ABPF accompagnées de leur mari. Les seules qui sont venues sans eux la première fois sont

fonctionnaires (enseignantes) et leur mari aussi, donc ont un niveau d'instruction et un niveau social relativement élevé. De plus, si la femme travaille et gagne de l'argent, son propre financement de la pratique contraceptive peut augmenter son pouvoir de décision en la matière (elle peut du moins plus facilement la pratiquer clandestinement). Elle aura peut-être même un pouvoir accru de refus de la contraception. Julie a enfanté tard parce qu'« il vaut mieux avoir un métier avant de commencer par produire, sinon tu es foutue en tant que femme, tu serais à la merci de Monsieur » (9.2.08).

De cela, on pourrait en déduire, comme le constate l'OMS, que « le statut des femmes dans la société influence leur capacité à obtenir et utiliser différentes méthodes contraceptives. Dans les régions où il s'améliore, certaines femmes auront des revenus plus élevés ou pourront se procurer l'argent nécessaire pour payer des méthodes plus coûteuses, ou encore auront davantage leur mot à dire dans la prise de décision » (1996: 63). Cependant, l'enquête d'Attanasso infirme ces interrelations entre niveau socioéconomique, autonomie et pratique contraceptive: « Si on peut penser que la femme qui dispose d'un revenu est plus autonome financièrement et donc plus apte à acquérir les produits contraceptifs par elle-même, on est cependant surpris de constater qu'il en est autrement. En effet, on ne note pas de différence dans la pratique contraceptive moderne entre ces deux catégories de femmes » (2007: 22-23). Quoiqu'il en soit, à Abomey, les femmes qui gagnent assez d'argent pour jouir d'une indépendance financière (relative ou absolue) sont minoritaires.

Les relations entre le statut socioéconomique des femmes et leur niveau d'autonomie au sein du couple sont donc trop complexes pour qu'on puisse y établir des liens de cause à effet. Par contre, on peut supposer en prenant moins de risques que plus le niveau d'autonomie générale de la femme est bas dans le couple, plus importante sera l'appropriation maritale de sa pratique contraceptive.

Etant donné qu'à Abomey, le corps de la femme est perçu comme étant sous la propriété de son mari, ce n'est pas parce que la contraception est physiquement féminine qu'elle y est considérée comme une pratique dépendante d'une volonté, elle aussi, féminine (Bop et Sow, 2004). Puisque les hommes s'approprient les capacités procréatrices des femmes, ils s'en approprient également les pratiquent permettant leur gestion; ce phénomène se manifeste spécifiquement dans le choix de la méthode.

### 4.2.3 La pluralité des méthodes: faire des choix

Les principaux critères du choix de la méthode contraceptive sont les suivants: le prix, la durée d'action, les éventuels effets secondaires<sup>146</sup> et la facilité d'usage<sup>147</sup>. La question de savoir de qui relève ce choix met en jeu des décalages de perceptions, comme celui-ci: selon le personnel de santé, l'ABPF et l'IPPF, le choix de la méthode doit être celui de la femme, puisqu'elle s'applique à son corps et que leur corps leur appartient, alors que selon une partie de la population locale, dont particulièrement les maris, ce choix est le leur, puisqu'ils ont autorité sur le corps de leur femme. Par ailleurs, certaines usagères espèrent que le personnel de santé fera ce choix pour elles, alors que des maris, au contraire, craignent qu'il ne le fasse.

J'ai assisté à des scènes où il était clair que c'était le mari qui choisissait la méthode, comme au cours de cette consultation:

Au début de la consultation (20.1.08), la sage-femme est partie de la pièce pour répondre à un téléphone. Pendant son absence, le couple (qui venait pour la première fois) a échangé les paroles suivantes:

- L'épouse: « Il y a des produits qu'on se met dans le vagin. »

- L'époux: « Non, non, on ne va rien te mettre dans le vagin ! Ce que tu vas choisir, c'est ce qu'on met dans le bras. »

La sage-femme revint, leur expliqua toutes les méthodes et précisa que c'était à la femme de choisir: « Maintenant, c'est à toi de choisir, qu'est-ce que tu choisis ? ».

L'homme répondit à la place de sa femme: « On choisit l'implant ».

La sage-femme se contenta alors de demander à la femme si cela lui convenait, laquelle répondit positivement.

Quant à l'infirmière, elle fit cette observation: « Hier, un mari a imposé le choix à sa femme, malgré tout ce qu'on disait, il a imposé ce choix. C'est celui qui paie qui décide ». La question à savoir si le mari doit assister ou non à la consultation, du moins au moment de l'exposition des différentes méthodes, est pour le personnel une question délicate. De plus en plus, le discours de la santé publique encourage à intégrer les hommes dans les programmes de planification familiale (Bonnet et Guillaume, 2004) et ce, justement, en référence à leur autorité décisionnelle. Seulement, cette autorité n'est, toujours selon la santé publique, pas censée empiéter sur « les droits de l'utilisatrice »<sup>148</sup>. Au sujet d'une consultation où était aussi

---

<sup>146</sup> A la fois d'après ce qu'en disent les agents de santé et d'après ce qu'en ont entendu dire les usagères. Voir le point 4.1.4 « Interprétations des effets secondaires ».

<sup>147</sup> La question du taux d'efficacité des différentes méthodes n'est jamais soulevée, ni par les utilisatrices ni par les agents de santé. Une hypothèse à cette absence peut être que les femmes se préoccupent plus des effets secondaires que du taux d'efficacité des méthodes, ou même qu'elles ignorent que ce taux varie d'une méthode à l'autre. Du côté de l'ABPF, peut-être craint-on qu'introduire cette donnée rende la présentation des différentes méthodes trop complexe, ou craint-on encore que le choix ne s'y réduise.

<sup>148</sup> On trouve à la fois dans la salle d'attente et dans la salle de consultation une affiche de l'ABBEF (Association Burkinabée pour le Bien-Etre Familial), équivalent burkinabé de l'ABPF. Cette affiche présente les « droits des clients », dont un point est le « choix: décider librement de la pratique et du choix de la méthode ».

présente la belle-sœur d'une utilisatrice (son mari attendant, lui, dans la salle d'attente), l'infirmière eut cette réflexion: « Normalement, je ne devrais pas laisser entrer d'autres personnes que la patiente, à cause de l'influence. Des fois, j'hésite, mais à partir de maintenant, je ne vais plus le faire ». Habituellement, elle et la sage-femme le laissaient effectivement faire, surtout s'il s'agissait des maris.

En effet, du point de vue de la santé publique, personne n'est censé influencer sur le choix de l'utilisatrice et la variété de l'offre contraceptive est une composante nécessaire de la qualité des services (Guillaume, 2004). Mais du côté des femmes elles-mêmes, il m'a semblé plusieurs fois que la pluralité des méthodes les déroutait plus qu'autre chose. Beaucoup consultent leurs maris à ce sujet, d'autres attendent du personnel qu'il choisisse à leur place. Alors que la diversité des méthodes est présentée comme une possibilité pour chaque femme de choisir celle qui lui convienne le mieux, les femmes, elles, cherchent presque toujours à savoir quelle est « la meilleure méthode ». Aussi, elles doutent facilement de leur choix. L'infirmière leur rétorque alors souvent: « On ne peut pas choisir pour vous ». Selon elle, lorsque je demandais aux femmes la raison de leur choix, cela les faisait le remettre en cause, car elles pensaient que si je posais la question, c'est qu'elles avaient peut-être mal choisi. Parfois, elles s'adressaient directement à moi pour me demander si la méthode qu'elles venaient de choisir était « bonne ». Le cas de Julie montre sa difficulté à choisir seule une nouvelle méthode:

Julie hésitait à changer de méthode car elle oubliait régulièrement de prendre sa pilule. Elle demanda alors à l'infirmière ce qu'elle devait faire, laquelle lui répondit: « Nous, on ne peut pas te choisir une méthode, c'est à toi de voir. Le jour-là on t'aurait expliqué toutes les méthodes et c'est toi-même qui as choisi la pilule, nous on ne peut pas aller contre ta volonté. Nous, on aide la femme à choisir en lui expliquant toutes les méthodes et elle choisit la méthode qu'elle veut. Maintenant, si elle choisit cette méthode et on voit qu'il y a des contre-indications par rapport à sa santé, dans ce cas on peut lui interdire, mais s'il n'y en a pas, on laisse la personne continuer sa méthode choisie. » Après que cette dernière lui explique encore une fois toutes les méthodes, Julie l'encouragea à choisir pour elle: « S'il vous plaît, aidez-moi! » (4.1.08). Elle voulut que, moi aussi, je choisisse une nouvelle méthode à sa place. Elle m'avoua plus tard avoir attendu mon retour d'un séjour à Cotonou, avant de retourner à la clinique, « pour que tu me fasses le choix » (1.2.08).

Ces hésitations prouvent que, pour Julie, le choix de la méthode relève des spécialistes en la matière (en comptant qu'elle me percevait comme tel), ce qui, à son tour, révèle une perception quasiment « ésotérique » par les usagères du savoir biomédical.

D'autres usagères choisissent seules, sans demander au personnel de confirmer leur choix, ni à leur mari de donner leur avis. Certains maris laissent donc leur femme faire ce

choix elle-même. Cette autonomie vis-à-vis du choix dépend encore une fois certainement des rapports de genres existants au sein du couple.

Certains maris craignent aussi que le personnel de santé ne s'approprie ce choix. J'ai déjà mentionné plus haut le fait que l'infirmière et la sage-femme donnent peu ou pas d'information sur les méthodes contraceptives aux hommes arrivant seuls, pour éviter qu'ils ne les imposent à leur femme. Inversement, le mari d'une usagère exprima la crainte que le personnel choisisse lui-même la méthode<sup>149</sup>: « Et vous, vous n'allez pas choisir la méthode à sa place ? Elle choisira vraiment la méthode qu'elle veut ? » (1.3.08).

Un autre décalage s'opère entre prestataires de services et usagers, au niveau des changements et arrêts de méthode. Pour les premiers, si une méthode en particulier a des effets secondaires que la cliente ne supporte pas, il suffit d'en adopter une autre. En cela, la pluralité des méthodes est vue comme un avantage. Or, si certaines femmes changent effectivement de méthode à la suite d'effets secondaires, j'en ai rencontré beaucoup d'autres qui ont tout simplement arrêté d'utiliser des contraceptifs médicalisés, sans essayer d'abord une autre méthode. Souvent, les effets secondaires réels ou supposés d'une méthode en particulier s'étendent à l'image de toutes les méthodes médicalisées. Aussi, les rumeurs liées aux effets secondaires participent aux arrêts rapides d'une méthode et au fait de ne pas en essayer une autre, alors que la plupart des effets secondaires sont mineurs et passagers<sup>150</sup>. L'infirmière me parla en ces termes de la gynécologue officiant à côté de la clinique: « Elle, elle fait plutôt de la contre-publicité pour la PF, car dès que les femmes ont des effets secondaires, elle dit d'arrêter. »

De plus, quand un mari est réfractaire, mais que sa femme réussit à le convaincre de la laisser utiliser une méthode contraceptive médicalisée, la moindre conséquence physique peut « lui donner raison » ou simplement lui faciliter l'exigence qu'elle stoppe sa pratique contraceptive<sup>151</sup>. C'est même le cas d'une volontaire, secrétaire générale du Bureau du Zou:

Mon mari n'en voulait pas, de la PF. J'ai trop parlé pour qu'il accepte et une fois que les effets secondaires sont arrivés, il m'a dit « tu vois ! » et alors j'ai laissé. Peut-être que la méthode que j'avais choisie ne convient pas à ma santé, peut-être qu'à l'ABPF on aurait trouvé une autre méthode. Mais c'est à cause de mon mari que je n'ai pas changé de méthode. Je peux le convaincre une fois, c'est bon, mais pas deux ! (30.1.08).

---

<sup>149</sup> Voir le point 4.2.1.b « Méfiance, “petits mensonges” et omissions ».

<sup>150</sup> Voir le point 4.1.4 « Interprétations des effets secondaires ».

<sup>151</sup> Les effets secondaires peuvent aussi être utilisés comme un prétexte officiel cachant une autre raison de l'arrêt d'une méthode. Par exemple, le mari d'une voisine m'a dit qu'elle avait arrêté de faire les injections à cause des effets secondaires. Elle-même me rétorqua plus tard que ce n'était pas vrai, qu'elle n'avait jamais eu d'effets secondaires et que si elle avait arrêté, c'est parce que son mari ne voulait plus les payer.

#### 4.2.4 La contraception, levier de l'égalité de genres?

Pour Héritier, le droit et l'accès à la contraception médicalisée représentent le levier « permettant aux femmes de soulever le poids de la domination masculine » (2002: 239), car elle les libère justement « au point exact où était ancrée leur sujétion » (*Ibidem*: 188), c'est-à-dire la fécondité, étant donné que les hommes dominent les femmes dans le but de se l'approprier. D'une part, l'innovation de techniques efficaces de contraception agirait contre cette domination, de par la dissociation qu'elle opère entre sexualité et procréation et, d'autre part, son relais officiel par la loi permettrait un contrôle par les femmes de leurs capacités procréatrices, d'autant plus que ces méthodes sont d'usage féminin. C'est en cela que la contraception serait « la porte royale d'entrée dans un statut d'égalité » (*Ibidem*: 368), bouleversant les catégories du masculin et du féminin. Pour elle, les méthodes de contraception, le droit d'en bénéficier et son accès provoquent une « [...] prise par les femmes du contrôle de leur propre fécondité », laquelle « revient pour elles à sortir du lieu de la domination » (*Ibidem*: 248). Il ne s'agit pas ici de critiquer l'enchaînement qui voudrait qu'un contrôle de sa fécondité par la femme débouche sur son autonomie, mais plutôt l'enchaînement antérieur, selon lequel « grâce à la contraception, la femme devient maîtresse de son corps » (*Ibidem*: 143).

Certes, à Abomey, la contraception médicalisée en donne théoriquement et techniquement les moyens, mais on ne constate pourtant pas cette réappropriation corporelle féminine en tant que telle, même si la pratique contraceptive y est institutionnalisée et même lorsqu'elle est officielle. Cette pratique se déroule au contraire souvent dans le lieu même de la domination, puisqu'elle s'effectue au travers d'une autorité masculine légitime. La situation qui en est la plus révélatrice est celle de son imposition directe. De plus, celle-ci accroît le champ des possibles de l'autorité maritale sur la fécondité. On pourrait rétorquer que c'est au travers de la contraception clandestine qu'a lieu cette « prise de contrôle », mais j'ai déjà expliqué qu'elle ne consistait qu'en une logique de contournement et qu'elle n'est pas elle-même un moteur de changement des rapports de genres<sup>152</sup>.

Cette étude de cas remet donc en cause l'association d'idée, posée par Héritier, qui présente le droit à la contraception et celui de disposer de son corps comme indissociables. Je m'en référerai à Tabet (1998), pour mieux comprendre ce manque de concordance soulevé ici entre la théorie d'Héritier et le cas présent, où la domination masculine influence fortement la

---

<sup>152</sup> Voir le point 4.2.2.b « Des logiques de contournement ».

pratique contraceptive, voir se l'approprier<sup>153</sup>. Bien qu'Héritier insiste particulièrement sur le caractère social des rapports de genres, leur point de départ reste cependant pour elle biologique. Au contraire, pour Tabet, la fécondité n'est jamais naturelle, qu'il s'agisse de la limiter ou de la contraindre, elle est toujours sociale et dominée, appropriée par les hommes (1998). Dans cette perspective, le changement de comportement procréateur qu'amène la contraception médicalisée n'implique pas de se libérer de la nature<sup>154</sup>, et donc d'autant moins de se libérer de la domination masculine qui en serait la conséquence, puisque pour Tabet, cette origine de la domination (la contrainte de la nature sur les femmes) n'« existe » pas en tant que telle; il n'« existe » par conséquent que la contrainte des hommes sur les femmes, que ce soit pour augmenter ou diminuer leur fécondité. La contraception médicalisée ne suffit donc pas, à elle seule, à établir des rapports de genres égalitaires, parce qu'elle s'enchaîne dans un contexte historique et culturel plus large, qui en influence la portée.

Cet exposé ne cherche pas à nier la contribution de la contraception médicalisée à une augmentation de l'égalité de genres, mais à remettre en question sa perception en tant que son levier systématique et automatique, en l'absence d'une préalable ou parallèle « révolution symbolique » au sens que l'entend Bourdieu (1998), laquelle n'a pas même été amorcée à Abomey. En Occident, les contraceptifs médicalisés ont fait partie des combats du mouvement féministe, plus particulièrement à ce que l'on détermine comme étant sa « seconde vague ». La lutte menée par les féministes a contribué à rendre disponible la pilule en vente libre et à faire de son accès un droit. Le féminisme avait donc déjà une certaine ampleur sociale, culturelle et historique, au moment de la diffusion de la contraception médicalisée, et il en a été lui-même un facteur d'impulsion. L'ampleur de ce mouvement n'est actuellement nullement comparable dans le contexte aboméén. La technique, l'accès et le droit à la contraception ne garantissent donc pas à eux seuls une « prise de contrôle » par les femmes de leur corps et de leur fécondité, puisque ces éléments existent dans cette étude de cas et que ce contrôle légitime reste pourtant masculin. Cette critique abonde dans le sens du texte de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, respectivement socio-démographe et sociologue, affirmant que « la contraception médicalisée peut apparaître comme un facteur favorisant une

---

<sup>153</sup> Voir le point 4.2.2.d « L'appropriation masculine d'une pratique féminine ».

<sup>154</sup> McLaren, lui aussi, conteste cette idée, en affirmant que la régulation de la fécondité est bien antérieure à la contraception médicalisée: « Force m'a été de conclure que l'idée reçue selon laquelle le contrôle de la reproduction jadis impossible, est aujourd'hui, une décision facile à prendre, ne correspondait pas à la réalité. La volonté d'influencer ou de modifier la fécondité, de diminuer ou d'augmenter les conceptions et les naissances a toujours été présente » (1996: 18).

meilleure égalité entre les hommes et les femmes [...] cette technique n'a cependant pas le pouvoir de subvertir la hiérarchie entre les sexes » (2004: 117)<sup>155</sup>.

S'il est vrai que la contraception médicalisée ne modifie pas automatiquement les rapports de genre, elle provoque une baisse de la fécondité qui, elle-même, qu'elle soit décidée par l'époux ou par l'épouse, offre théoriquement à cette dernière l'occasion d'avoir plus temps pour avoir des activités extérieures au foyer, comme poursuivre une formation ou des activités professionnelles, ce qui participe à un accroissement de l'autonomie féminine (Bajos et Ferrand, 2004 et Bourdieu, 1998). En regard à l'idée répandue que l'oppression de la femme est ancrée dans les contraintes de la maternité et des soins aux enfants en bas-âge qui lui sont socialement assignés (Héritier, 1996, 2002; Bourdieu, 1998; Tabet, 1998; Browner et Sarget, 1996), mes données n'infirmement pas le fait qu'une limitation de cette charge maternelle ne s'accompagne progressivement d'une diminution de cette oppression. Par conséquent, « faire le constat que la pratique de la contraception médicalisée n'a pas conduit à ce jour à "subvertir la domination masculine" n'implique pas qu'elle n'en ait pas la capacité » (Bajos et Ferrand, 2004:135).

Ces analyses posent donc la question de l'efficacité, de la pertinence et des conséquences sociales des interventions extérieures, qui cherchent à transférer des méthodes, des savoirs, des concepts ou des idéologies - ici représentés par la contraception médicalisée et le féminisme - d'un contexte à un autre (Mosse, 2004; Long, 2000). Si la contraception médicalisée a participé à l'évolution des rapports de genres dans les pays européens, c'est parce qu'elle s'est inscrite dans un contexte historique très particulier marqué par l'idéologie féministe et par l'émancipation socio-économique des femmes, initiée depuis les deux guerres mondiales. Or le contexte diffère au Bénin, où elle est par conséquent réappropriée, par l'ABPF, mais aussi par les femmes et les hommes qui tentent chacun de renforcer leur pouvoir sur l'autre. McLaren résume bien la situation : « Même s'il peut avoir sur les femmes un effet libérateur, un taux élevé de contrôle de la fécondité ne veut pas nécessairement dire que les femmes jouissent d'une liberté plus grande. Pour mieux saisir les objectifs vers lesquels s'orientent les contrôles de la fécondité, il faut les replacer dans leur environnement culturel » (1996: 19).

---

<sup>155</sup> Ces auteurs argumentent cette position par l'affirmation que la contraception médicalisée, en France, n'a pas bouleversé, mais au contraire a conforté la construction d'une identité féminine basée sur la maternité, ne remettant pas en cause la division sexuelle du travail traditionnelle entre travail productif et reproductif: « Puisque tout enfant doit être désiré, les femmes se doivent d'être les meilleures des mères pour cet enfant qu'elles ont décidé de mettre au monde. Comme si la contraception avait permis le passage d'une "maternité sous contrainte" à celle d'une "maternité idéale" [...] » (2004: 135).

## 5 Les raisons d'une faible fréquentation adolescente de la clinique de l'ABPF

### 5.1 L'accent sur les représentations sociales

C'est spécifiquement à travers l'identification de représentations sociales que je tenterai de répondre à la question de recherche à savoir pour quelles raisons les adolescentes fréquentent-elles peu la clinique de l'ABPF. J'aborderai principalement des représentations sociales de la sexualité, de la fécondité et de la contraception médicalisée.

Mon développement suivra les critiques suivantes, émises par Fassin: les études de type culturaliste réduisent les questions de l'accès de structures de santé publique aux seules représentations sociales de la population locale, ne prenant en compte ni les critères d'ordre social et pratique, ni les représentations sociales des acteurs de ces mêmes structures (2001). Aussi, d'une part, bien que je me focaliserai sur les représentations sociales, j'exposerai aussi des facteurs autres que représentationnelles de la faible venue des adolescentes à la clinique de l'ABPF. D'autre part, je me pencherai aussi sur les représentations sociales du personnel soignant, « l'objet qu'il s'agit d'appréhender étant une configuration sociale incluant les interactions entre les cultures des "développeurs" et celle des "développés", des "soignants" et des "soignés" » (Fassin, 2001: 295).

Cet accent particulier sur les représentations sociales fait par ailleurs écho à « *the centrality of actor's perceptions and representations* » soulevée par Long (2000: 189) dans le cadre de son « *actor-oriented approach* »<sup>156</sup>. Ainsi, « *the issue is how actors struggle to give meaning to their experiences through an array of representations, images, cognitive understandings and emotional responses* » (2000: 190).

Comme « la santé de la reproduction sous tous ses aspects, est directement liée au statut des femmes et des jeunes filles dans les diverses sociétés » (Adjamagbo, Msellati et Vimard, 2007: 605), je commencerai par l'identification de représentations sociales locales particulièrement liées aux questions de genre abordées dans le chapitre précédent : celles de la fécondité et de la sexualité.

---

<sup>156</sup> « *The essence of an actor oriented approach is that its concepts are grounded in the everyday life experiences and understandings of men and women be they poor, peasants, entrepreneurs, government bureaucrats or "researchers"* » (1992: 5).

## 5.2 Identification de représentations sociales locales

### 5.2.1 Représentations locales de la fécondité et de la sexualité

#### 5.2.1.a La responsabilité de la fécondité

« La gestion de la fécondité ainsi que celle de la sexualité est un aspect important des rapports de pouvoir et de hiérarchisation sociale qui s'établissent à l'intérieur de la famille et de façon plus large dans la société » (Moussa, 2008: 40). Aussi, la procréation à Abomey met en jeu des distinctions subordonnées au sexe: non seulement la fécondité est une responsabilité de la femme, mais en plus une responsabilité qu'elle a envers son mari.

La représentation sociale selon laquelle la fécondité est une responsabilité féminine se manifeste notamment par l'idée que si un couple connaît des problèmes de stérilité, ils ne peuvent provenir que de la femme (Héritier, 1996; Moussa, 2008; Bop et Sow, 2004). La crainte que des produits contraceptifs médicalisés puissent rendre stérile<sup>157</sup> est doublement révélatrice, non seulement du fait que la stérilité représente une peur intense pour les femmes, mais aussi du fait que cette peur ne concerne que les femmes.

La stérilité féminine est vécue comme un drame et a des conséquences sociales extrêmement négatives. Une femme a l'obligation sociale de connaître le mariage et la maternité, et c'est par celle-ci que s'accroissent son statut et sa reconnaissance sociale. De plus, la maternité est censée suivre rapidement la mise en ménage. La sage-femme précise à ce sujet: « Au Bénin, quand tu te maries, si tu ne fais pas d'enfant au bout même de deux mois, la belle famille te dérange. Ici, ce n'est pas comme là-bas, ce n'est pas le mariage et après les enfants; dès le mariage, c'est les enfants ». L'animateur de zone ajoute que si une femme n'a pas eu d'enfants six mois ou un an après son mariage, en général, sa belle-famille la rejette. Ainsi, « l'absence d'enfant vaut absence de présence sociale » (Moussa, 2008: 290) et, comme le dit Héritier, pour être « une vraie femme », il faut avoir prouvé sa fécondité (1996). C'est aussi ce que remarque Julie: « Chez nous en Afrique, si tu n'as pas d'enfants, tu n'es pas considérée du tout, tu ne vauds rien, mais si on te voit avec un ou deux enfants, on va savoir que tu es femme » (9.2.08). Voici l'histoire significative de mon interprète:

Mon interprète vit avec son conjoint, qui est par conséquent considéré comme son mari<sup>158</sup>, bien qu'aucune cérémonie de mariage n'ait encore eut lieu. Elle pense qu'il tarde à payer sa dote à cause du fait qu'elle n'ait toujours pas enfanté depuis déjà trois ans. D'après elle, sa belle-famille encourage son conjoint à

---

<sup>157</sup> Voir le point 4.1.4 « Interprétations des effets secondaires ».

<sup>158</sup> Voir le point 1.4.1 « Abomey ».

chercher une autre épouse. Elle me confia ses craintes de ne pas enfanter dans l'année qui vient, de peur de perdre son mari. Par ailleurs, si cela arrivait, elle n'aurait pas les moyens de subvenir à ses besoins et trouverait difficilement un nouveau partenaire. Elle a fait de nombreuses démarches pour remédier à sa situation, des démarches médicales (tant biomédicales que locales) et spirituelles, alors que son mari n'a jamais été mis en cause. Elle me dit ne jamais vouloir utiliser de méthodes contraceptives médicalisées « parce que justement, j'ai eu trop de problèmes à procréer jusqu'à maintenant, alors si plus tard j'utilise une méthode, ce sera seulement une méthode naturelle. Dans ma position, je ne peux pas me permettre de prendre des risques ».

La stérilité est en effet toujours perçue comme une incapacité féminine. Ce phénomène n'a rien de spécifique à Abomey et même au Bénin, dans la mesure où on l'a souvent relevé dans la bibliographie portant sur l'Afrique en général (Moussa, 2008), et qu'il est aussi parfois considéré comme universel (Héritier, 2002). Comme dans de nombreux cas répertoriés, la stérilité masculine n'y est reconnue possible qu'en cas d'impuissance. Bien qu'avec la diffusion du savoir biomédical, une certaine évolution est observable (Bop et Sow, 2004), il semble que ces représentations sont profondément ancrées et que ce n'est qu'en dernier recours (et souvent après avoir essayé avec une autre femme) qu'un homme qui ne souffre pas d'impuissance se soumet éventuellement, à des analyses médicales. Comme la contraception médicalisée est d'usage féminin, il n'est pas étonnant qu'elle fasse l'objet de rumeurs concernant la peur féminine majeure qu'est la stérilité.

La fécondité relève d'une responsabilité de l'épouse envers son mari, d'où une « grande sujétion des femmes en matière décisionnelle sur le plan sexuel et reproductif » (Moussa, 2008: 256). Elle se doit non seulement d'être féconde, mais en plus sa fécondité doit prendre la forme que souhaite son conjoint: elle doit lui donner le nombre d'enfants qu'il veut, et de tous les sexes (bien que la présence d'une descendance masculine soit considérée comme plus importante que son pendant féminin<sup>159</sup>).

Il a déjà été mentionné que la dote participait de cette autorité<sup>160</sup>. Voici ce qu'en dit la secrétaire générale des volontaires de Savalou:

Il y a des femmes qui font jusqu'à treize, quatorze, quinze enfants et le mari, et sa belle-famille, trouvent encore que ce n'est pas encore ça. Et même si la femme trouve que sa santé ne permet plus de concevoir, le mari dit que la dote qu'il a donné, ce n'est pas encore le nombre d'enfants qu'il veut et que quoi qu'elle en dise, elle doit encore procréer (1.2.08).

Selon l'infirmière:

Généralement, il y a très peu de femmes qui discutent du nombre d'enfants et la plupart du temps, ce sont les hommes qui imposent le nombre d'enfants qu'ils veulent, si bien que même dans les entretiens, quand

---

<sup>159</sup> Voir le point 4.2.2.a « Une pratique négociée ou imposée ».

<sup>160</sup> Voir le point 4.2.2.d « L'appropriation masculine d'une pratique féminine ».

tu demandes à la femme combien elle veut d'enfants, elle te répond qu'elle ne sait pas, parce que c'est seulement le mari qui peut dire cela.

Effectivement, une connaissance à qui je demandais si elle voulait encore avoir des enfants, me répondit: « Est-ce que c'est moi-même qui vais décider si mon mari n'a pas envie d'avoir encore des enfants ? Non, c'est mon mari, c'est le mari qui décide d'abord. Chez nous, ici, c'est comme ça. » (commerçante, 26 ans, 2 enfants, 20.2.08).

Quand au sexe des enfants, à une usagère qui ne voulait plus d'enfants, son mari lui répondait qu'elle devait en faire encore, car elle ne lui avait pas encore « donné » de fils<sup>161</sup>. Cette autorité maritale en matière de fécondité ressort particulièrement de la thématique de la contraception, que les femmes soient censées produire moins ou plus d'enfants qu'elles ne le désirent elles-mêmes. Une femme a donc le devoir social (premièrement envers son mari) de « protéger » sa fécondité, du moins de ne pas la mettre en danger, et ce d'autant plus si elle ne l'a encore jamais prouvée. Par conséquent, une adolescente qui prendrait des contraceptifs médicalisés, malgré les rumeurs qui circulent à leur sujet, pourrait être accusée de se soustraire à cette responsabilité (et par conséquent de compromettre son avenir social et marital)<sup>162</sup>.

La fécondité et la sexualité sont évidemment intrinsèquement liées, puisque « le contrôle de la reproduction passe ainsi par le contrôle préalable de la sexualité des femmes » (Tabet, 1998: 151). Les représentations locales de la fécondité et de la sexualité sont relatives au genre, et ce de façon dissymétrique (Tabet, 1998). Comme on l'a vu, la fécondité est perçue comme une responsabilité féminine envers les hommes, donc comme un domaine réservé du féminin, mais sous l'emprise de la volonté masculine. Que se passe-t-il au niveau de la sexualité?

### **5.2.1.b Un partage sexué de la sexualité**

Tout comme la fécondité est considérée comme étant du ressort des femmes, parallèlement, les femmes sont cantonnées, sinon exclusivement, du moins prioritairement, à leur rôle fécondateur (Héritier, 2002). Par conséquent, la sexualité ne les concerne

---

<sup>161</sup> L'importance d'avoir des fils est liée au fait que le système lignager à Abomey est patrilinéaire. Une usagère me l'expliqua avec ces mots: « Chez nous ici, si tu n'as pas un garçon, si le papa il meurt comme ça, il te manque les héritiers. Là, on dit que le garçon qui est le plus aîné, c'est lui qui va s'occuper des choses de son papa, mais les femmes-là, elles vont aller se marier, c'est fini, et la maison va rester comme ça, c'est à cause de ça qu'on veut avoir un garçon. La femme, quand elle se marie c'est fini, elle quitte la maison, alors que l'homme ne peut jamais quitter la maison de son papa, l'homme reste là, même s'il construit sa maison, il va construire sa maison à côté de celle de son papa, le mari lui va rester chez son papa nécessairement » (couturière, 27 ans, 2 enfants, 21.12.07).

<sup>162</sup> Voir le point 5.1.3.a « La peur de devenir stérile ».

officiellement que dans le cadre du couple procréateur légitime, donc de la sexualité socialisée<sup>163</sup>. Toute sexualité féminine sortant de ce cadre, qu'elle soit adultérine ou prémaritale<sup>164</sup>, est donc perçue comme illégitime. L'adultère est considéré de la part des femmes comme un acte très grave, alors qu'il est perçu comme normal et légitime chez les hommes (Savary, 1976) d'autant plus que, pour eux, leurs relations extraconjugales peuvent déboucher sur une union officielle, de par l'existence du système polygamique<sup>165</sup>. Un jeune homme Aboméen m'a donné des explications sur la croyance suivante:

Si une femme trompe son mari, des esprits la poursuivent. Elle devient folle ou meurt si elle ne lui raconte pas ce qu'elle a fait. Une fois qu'elle l'a confessé, il peut arriver la même chose au mari si lui-même ne le raconte pas à sa propre famille: les esprits, la folie, la mort. Une fois que, lui, l'a fait, une cérémonie à lieu. Ça s'appelle «le lavement des pieds ». A ce moment-là, le mari choisit de garder son épouse ou de la répudier<sup>166</sup>.

Cette remarque d'Héritier s'applique à la situation que nous considérons: « Un point n'est jamais mis en discussion: c'est la licéité de la pulsion masculine exclusivement [...]. C'est l'élément le plus fort et absolument invariable de la valence différentielle des sexes: la pulsion sexuelle masculine n'a pas à être entravée ni contrecarrée; il est légitime qu'elle s'exerce sauf si elle le fait de manière violente et brutale à l'encontre du droit officiel d'autres hommes; Elle est » (2002: 293).

La sexualité dissociée de la reproduction est donc légitime pour les hommes, mais pas pour les femmes. C'est ce que Tabet qualifie de « spécialisation de leur sexualité à des fins reproductives » (1998: 132). C'est certainement de là aussi que provient le peu d'enthousiasme de certains maris à la contraception médicalisée: accepter que leur femme la pratique, c'est accepter l'idée qu'elles puissent vivre une sexualité dissociée de sa fonction procréatrice, ce qui, même dans le cadre du mariage, possède un caractère subversif en regard des catégorisations de genre, qui sont basées sur la sexualité (Bozon, 2001). On assiste donc à un partage sexué de la sexualité. Ainsi, « toute morale sexuelle est toujours une morale double [...] étant donné qu'il s'agit toujours de styliser deux rôles, dont la variabilité dépend de la société [...] » (Schelsky, 1996: 26).

---

<sup>163</sup> « Comme l'a montré R. Bastide, il faut distinguer entre une sexualité libidineuse s'exerçant entre individus n'ayant pas encore de fonctions dans le groupe, et une sexualité socialisée, fortement endiguée de toutes parts » (Erny, 1988: 25). Dans notre exemple, la sexualité dissociée de son rôle procréateur correspond à la sexualité libidineuse, réservée aux hommes alors que les femmes ne devraient, en principe, ne pratiquer que la sexualité socialisée.

<sup>164</sup> Sauf si cette sexualité prémaritale s'inscrit dans un projet matrimonial officiel.

<sup>165</sup> Voir le point 4.2.2.c « L'influence de la polygamie ».

<sup>166</sup> Selon Quénum, la répudiation en cas d'adultère est courante à Abomey (1999).

En raison de l'avancement de l'âge au mariage, causé par une scolarisation des filles (relativement récente et surtout présente en milieu urbain), la sexualité prémaritale augmente en Afrique subsaharienne (Delaunay et Guillaume, 2007; Bop et Sow, 2004; Katz, Naré et Tolley, 1997; Gage, 1998). Elle n'est pas pour autant considérée comme légitime, et d'autant moins quand il s'agit des filles<sup>167</sup>.

Bop et Sow disent à ce sujet que « la jeunesse actuelle est souvent accusée d'être dépravée, à cause de sa sexualité précoce. On en oublie que l'âge au mariage, en Afrique, est toujours précoce [...] » (2004: 16). La condamnation sociale de la sexualité des adolescents est donc basée sur leur statut de célibataire plutôt que sur leur âge. A chaque fois que des jeunes gens m'évoquaient des conseils parentaux sur la sexualité, ceux-ci se résumaient à un encouragement à l'abstinence. Voici les propos d'un membre du MAJ-ABPF, de 18 ans, après que je lui ai demandé s'il parlait des méthodes contraceptives avec ses parents:

On n'a jamais parlé de ça, hein. Mais chez nous en Afrique, en ce qui concerne la sexualité, les parents aiment cacher ça. Chez nous, on pense que c'est un domaine qu'on ne doit pas dévoiler aux enfants. Parfois, avec mes parents, on parle, mais on ne parle pas des méthodes. Ils me conseillent de m'abstenir ou bien de me contrôler, que si j'ai une amie je dois être vigilant, je dois faire attention (20.2.08).

Tout comme les hommes et les femmes adultes ne sont pas censés vivre la sexualité de la même façon, la sexualité prémaritale, même déconseillée aux adolescents des deux sexes, est vue comme plus grave si elle est féminine que masculine: « c'est, en moyenne, la femme, plus que l'homme, que l'on incite à rester chaste. Une comparaison ethnologique de ces divers degrés de liberté ou de contrainte sexuelle pré-nuptiale nous prouve qu'ils coïncident toujours avec la limitation de la liberté sexuelle conjugale elle-même [...] tendance qui incite à une limitation maximale des relations sexuelles de la femme dans le mariage et même avant » (Schelsky, 1966: 52). Bop et Sow citent à ce propos les termes de filles « faciles » et « sans honneur », dont il n'existe pas d'équivalents masculins (2004: 65).

Si la virginité au mariage n'est plus aussi importante qu'auparavant (Quénum, 1999; Bop et Sow, 2004), il est cependant toujours jugé préférable qu'une adolescente s'abstienne d'avoir des rapports prémaritaux et, lorsque c'est le cas, ceux-ci doivent rester officieux, sauf si son partenaire est officiellement connu et considéré comme son futur mari (même si le mariage n'est pas encore prévu à une date précise)<sup>168</sup>. « Le problème » n'est donc pas tant que la jeune fille puisse avoir des rapports avant la cérémonie officialisant une union, que le fait qu'elle puisse avoir des rapports avec plus d'un seul homme au cours de sa vie. En effet, les

---

<sup>167</sup> Voir le point 4.1.6.b « La menace de la "débauche" ».

<sup>168</sup> Voir « Le risque de paraître débauchée ».

femmes ne devraient connaître sexuellement qu'un seul homme, leur mari<sup>169</sup>, alors que les hommes peuvent connaître sexuellement plusieurs femmes (puisqu' d'ailleurs ils peuvent avoir plusieurs épouses). La sexualité prémaritale féminine est, pour cette raison, souvent stigmatisée: on parle volontiers à ce sujet de prostitution ou de *zapping*, ce qui signifie la multiplication des partenaires. Aussi, elle se réfère presque toujours à un comportement excessif, comme si elle ne pouvait être que démesurée. Ces propos du jeune homme Aboméen précédemment cité l'illustrent bien: « Si les jeunes filles utilisent des contraceptifs, elles abusent de la chose. Vu qu'elles n'auront plus peur d'une grossesse, à tout moment elles se livreront au sexe » (20.1.08). Comme l'explique, entre autres, Tabet, « l'une des formes institutionnelles de dissociation entre sexualité reproductive et sexualité non reproductive est ce qu'on pourrait appeler une séparation [...] dans le groupe des femmes entre celles qui sont affectées plus ou moins professionnellement à l'exercice de la sexualité et celles qui sont affectées à la reproduction, et c'est la majorité » (1998: 134-135). Voilà qui explique peut-être comment le discours péjoratif qui existe à Abomey sur la sexualité des adolescentes les compare à des prostituées, du seul fait que leur sexualité n'est pas orientée exclusivement vers la procréation. Comme la sexualité prémaritale masculine est beaucoup plus tolérée, même si leur abstinence est aussi jugée préférable, aucunes des stigmatisations déjà mentionnées, associés à l'idée de débauche, ne sont assignés aux jeunes hommes s'ils ont une activité sexuelle.

On peut conclure après ces considérations de genre sur la sexualité à Abomey, que ce qu'on y appelle la débauche ne peut être que féminine (Moussa, 2008). Elle est principalement représentée tantôt par l'adultère, tantôt par la sexualité prémaritale<sup>170</sup> et se rapporte à une dissociation entre sexualité et fonction reproductrice qu'en principe, les femmes ne devraient pas opérer. D'où une condamnation morale de la contraception médicalisée et d'une activité sexuelle adolescente.

Moussa résume bien ce partage des rôles dans les représentations de la fécondité et de la sexualité: « Comment expliquer cette occultation de la stérilité masculine ? Dans

---

<sup>169</sup> Notons qu'en plus de ne pas être censée multiplier les partenaires sexuels, une fois mariée, la femme doit multiplier l'acte sexuel autant de fois que son mari lui demande. Le sociologue Michel Bozon dit à ce sujet que « le corps des femmes est perçu et traité comme un objet et un réceptacle, dont les hommes prennent possession par l'acte sexuel. La répétition des actes vaut confirmation de l'appropriation initiale. Et c'est l'objectivation sexuelle des femmes qui permet la prise de possession par les hommes de la descendance qu'elles portent » (2001: 176).

<sup>170</sup> Remarquons cependant que l'adultère féminin est socialement considéré comme plus grave que la sexualité prémaritale féminine.

l'accomplissement de la perpétuation de la lignée, la femme est consignée comme la première responsable de la fécondité car la procréation relève davantage de la femme alors que la sexualité relève plus de l'homme. La logique sociale binaire assigne la femme à la procréation alors que la sexualité est un domaine purement masculin » (2008: 115).

## **5.2.2 Pressions sociales et sentiments des adolescentes**

### **5.2.2.a La peur de devenir stérile**

L'identification des représentations locales de la fécondité et de la sexualité mènent respectivement à identifier deux craintes majeures des adolescentes, qui influencent considérablement leurs pratiques contraceptives: la peur de devenir stérile et celle de paraître débauchée. La peur de tomber malade, elle aussi, est un frein à leur utilisation de la contraception médicalisée<sup>171</sup>. Celle-ci ne sera pourtant pas développée davantage car elle touche les potentielles utilisatrices de tout âge, alors que la préoccupation de la stérilité et de la réputation de débauchée, elles, concernent plus encore les adolescentes.

Ce qu'Erny appelle la « hantise » de la stérilité (1988: 24) est effectivement très présente à Abomey, et elle l'est d'autant plus si la femme ou la jeune fille n'a jamais enfanté. Cette peur est alors plus forte du fait que sa fécondité n'a pas encore été prouvée. Une fois qu'il y a eu, ne serait-ce qu'une seule conception, cette peur diminue considérablement. Les usages de la contraception médicalisée illustrent ces représentations: nombreuses sont les femmes que j'ai rencontrées, qui ne l'utilisent que dans le but de limiter les naissances (Attanasso, 2007), car désormais, la survenue d'une stérilité ne les dérangerait plus. D'autres qui voulaient seulement espacer les naissances ont malgré tout attendu d'avoir eu plusieurs enfants. Beaucoup aussi m'ont dit avoir préféré accoucher une première fois avant d'utiliser des contraceptifs. Après avoir enfanté, les femmes craignent donc moins que les contraceptifs ne provoquent leur stérilité, mais je n'ai pas pu savoir si c'était parce qu'elles la considéraient alors comme moins grave (l'important étant d'avoir « au moins un enfant » ou « au moins deux »<sup>172</sup>) ou plutôt comme moins probable. Karen Katz, Christine Naré et Elisabeth Tolley ont entendu des adolescents affirmer, au cours d'une étude sur leur accès aux services de planification familial au Sénégal, qu'avant de prendre la pilule, il fallait déjà avoir eu un enfant, sinon on pouvait devenir stérile (2001). Au cours des entretiens que j'ai menés dans un

---

<sup>171</sup> Voir le point 4.1.4 « Interprétations des effets secondaires ».

<sup>172</sup> Les usagers m'ont souvent donné ces réponses à la question de l'importance d'avoir des enfants.

salon de coiffure, une amie de la patronne me disait que les adolescentes ne devraient pas utiliser de contraceptifs médicalisés, parce que « si elle, par exemple, elle fait l'injection pendant deux ou trois ans et que tout ce temps elle n'a pas ses règles, elle ne sait pas le problème qui est en train de se créer, et après elle peut avoir des problèmes à trouver l'enfant » (secrétaire, 26 ans, pas mariée et sans enfants, 3.3.08). Aucune des membres du MAJ-ABPF que j'ai interrogées n'utilisaient de contraceptifs médicalisés, ce qu'elles justifiaient tantôt par la peur des effets secondaires en général, tantôt par celle plus précise de la stérilité<sup>173</sup>.

Voici comment une usagère de la clinique s'exprime au sujet de la possibilité que sa fille utilise des contraceptifs médicalisés avant son mariage: « Non, elle va faire le mariage et elle va accoucher avant de faire ça. Moi sa maman là, moi j'ai accouché d'abord avant de commencer par faire. Elle va accoucher d'abord avant de prendre les comprimés et les injections. Car sinon, je ne sais pas si elle aurait des problèmes. Si elle fait ça là, elle peut ensuite ne pas trouver l'enfant » (couturière, 39 ans, 4 enfants, 4.2.08). Une fois que sa fille aura eu un enfant, elle sera d'accord que celle-ci utilise des contraceptifs médicalisés, car elle n'aura pas peur d'une éventuelle stérilité, du fait qu'elle ait déjà accouché une fois.

Ce n'est pas seulement la stérilité définitive que craignent les femmes et les jeunes filles, mais aussi un effet prolongé des contraceptifs médicalisés: en effet, comme nous l'avons déjà vu, une femme doit être enceinte dans les mois suivant une union matrimoniale. L'effet secondaire de certaines méthodes hormonales, qui entraîne un retard de quelques mois du retour à la fécondité, peut alors représenter un problème important à ce moment précis de passage du statut de célibataire à celui de femme mariée, alors qu'il est perçu comme un détail sans importance du point de vue médical. Il n'est d'ailleurs pas systématiquement abordé lors de la présentation des différentes méthodes de contraception disponibles. Même si, comme le dit l'infirmière, « le retour à la fécondité ne prend que quelques mois », ce laps de temps sera pour la femme, son mari et leurs familles respectives, marqué par l'angoisse d'une éventuelle stérilité. Même temporaire, le fait de ne pas pouvoir enfanter au moment crucial où, socialement, elle est censée le faire, est donc un inconvénient important qui peut freiner l'utilisation de contraceptifs médicalisés avant le mariage. D'après la gynécologue officiant dans le cabinet proche de la clinique, c'est la raison pour laquelle les adolescentes préfèrent les méthodes de contraception naturelles: « Elles veulent avoir des enfants au moment où elles le veulent, ne pas avoir à trop attendre parce qu'elles ont subi une contraception » (3.3.08).

Au vu de toutes ces considérations, on peut supposer que, chez les adolescentes, la peur de devenir stériles (en utilisant des contraceptifs médicalisés) est plus grande que la peur d'une grossesse non désirée, qu'elle soit menée à terme ou interrompue. Anastasia J. Gage,

---

<sup>173</sup> Quand je demandais si elles avaient parlé de ces craintes au personnel de la clinique, la plupart me répondit « non, mais j'ai l'intention de le faire ».

spécialiste en santé publique, affirme à ce propos que les adolescentes sous-estiment leur risque de grossesse, de par leur faible connaissance en matière de sexualité et de par l'existence de l'avortement clandestin, qui biaise la visibilité de ce risque (1998). Selon l'enquête de Friday E. Okonofua, Frank O. Oronsaye et Valentine O. Otoide, les adolescentes nigérianes associent, d'une part, la solution à court terme de l'avortement à des conséquences passagères et, d'autre part, l'utilisation à long terme des contraceptifs médicalisés à des risques permanents sur leur fécondité: « La peur du risque de stérilité future s'est révélée être un facteur primordial de la décision prise par les adolescentes de recourir à l'avortement provoqué plutôt qu'à la contraception. Beaucoup [...] percevaient les effets anticonceptionnels de la contraception moderne comme continus et prolongés, tandis que l'avortement leur offrait une solution immédiate au problème d'une grossesse non planifiée, l'approche étant par conséquent perçue comme ayant une incidence négative limitée sur la fécondité à long terme » (2001: 81). Un autre facteur préférentiel qu'il soulève est qu'à la différence de la contraception, l'avortement leur permet de prouver leur fécondité.

#### **5.2.2.b La peur de paraître débauchée**

La peur de la stérilité permet surtout d'expliquer pourquoi des jeunes filles ne veulent pas utiliser de contraceptifs médicalisés. La peur de paraître débauchée, quant à elle, explique plutôt pourquoi la plupart de celles qui le veulent, ou qui le font déjà, ne fréquentent pourtant pas les centres de santé, tels que la clinique de l'ABPF.

Les adolescentes sont rapidement suspectées de débauche sexuelle; le seul fait d'être sexuellement actif est déjà considéré comme une forme de débauche. Le concept de « débauche » est le résultat d'une association d'idées. Certaines d'entre elles sont d'ordre sexuel (comme on l'a vu dans le chapitre précédent, avec l'assimilation de la sexualité adolescente à la prostitution), mais elles s'étendent aussi à des domaines plus vastes. La sexualité prémartiale est considérée, par exemple, comme compromettant les études et l'avenir professionnel. Les apprenties du salon de coiffure où j'ai mené des entretiens parlaient toutes de la sexualité comme d'une entrave à leur formation, même celles qui connaissaient l'existence de la contraception, comme cette jeune femme: « Si le sexe te plaît, tu ne pourras pas apprendre un métier » (18 ans, 3.3.08)<sup>174</sup>. La sexualité est aussi associée à tous les comportements socialement condamnés, spécifiquement attribués aux adolescents et jugés

---

<sup>174</sup> Ces réponses sont évidemment influencées par leur contexte d'entretiens, puisque leur patronne était présente.

plus graves encore lorsqu'ils sont féminins. La pièce de théâtre d'un artiste Aboméen<sup>175</sup> l'illustre bien:

Il s'agit d'une pièce sur le thème de la grossesse non désirée, que l'auteur voulait soumettre à l'ABPF dans le cadre d'une éventuelle campagne de sensibilisation. Sa protagoniste est une adolescente qui multiplie les partenaires, accepte de l'argent de leur part, a de mauvaises fréquentations, s'habille *sexy*, boit de l'alcool, fume, sort le soir, ne respecte pas ses parents et n'étudie pas assez. Elle tombe enceinte, puis pratique un avortement clandestin, des suites duquel elle décède. La pièce finit par une morale encourageant les adolescents à se rapprocher de la clinique de l'ABPF et à l'utilisation de méthodes contraceptives.

Ce scénario resterait anecdotique, s'il ne mettait pas en scène toutes les associations d'idées liées à une adolescente sexuellement active et considérée comme étant débauchée.

Qui plus est, les deux éléments de la stérilité et de la débauche sont associés dans les représentations locales. Bien que la stérilité puisse être perçue comme une fatalité, une injustice ou le résultat d'un sort<sup>176</sup>, dont la femme serait victime, celle-ci peut aussi être accusée d'être responsable de sa situation, de par de mauvaises actions, dont particulièrement un « mauvais » comportement sexuel, c'est-à-dire, justement un comportement débauché (Moussa, 2008). Aussi, quand une femme est stérile, on peut entendre dire que c'est parce qu'elle s'est prostituée par le passé: « Et si la femme n'arrive pas à avoir d'enfants pendant un, deux, trois ans [après le mariage], on la considère comme une femme qui a été une prostituée, une pute. Parce qu'on dit que dans sa vie, lorsqu'elle était jeune, elle a eu des débauches, elle a connu plusieurs hommes » (animateur de zone du Zou). Laplante remarque qu'au Mali, « une femme qui a des relations sexuelles avec plusieurs hommes, dans un bref laps de temps, est réputée ne pas pouvoir concevoir [et qu'inversement] une femme présumée stérile est souvent soupçonnée d'avoir des relations extramaritales avec plusieurs hommes » (1973: 56). Moussa remarque également qu'au Niger, la sexualité préconjugale est une des interprétations émiqes de la stérilité, aussi elle l'inclut dans le domaine plus vaste de « la transgression des interdits sexuels » (2008: 129).

Rappelons-nous que l'usage de la contraception est lui aussi souvent associé à la prostitution<sup>177</sup>. On comprend alors que le concept de « débauche sexuelle » inclut et lie entre elles diverses modalités de ce que cette autrice appelle la « sexualité inféconde »: la sexualité

---

<sup>175</sup> Il s'agit du directeur de la troupe de théâtre avec laquelle j'ai mené des entretiens.

<sup>176</sup> La sorcellerie fait effectivement partie des interprétations émiqes de la stérilité, soit que la femme serait victime d'un sort, soit qu'elle serait elle-même une sorcière (Moussa, 2008).

<sup>177</sup> Voir le point 4.1.6.b « La menace de la "débauche" ».

prémartiale et extraconjugale, la prostitution, la stérilité, l'avortement et, enfin, la contraception (*Ibidem*: 11).

### 5.2.2.c Une pratique officielle

L'image de débauche qui est apposée à la sexualité prémartiale féminine ne décourage pas tant les adolescentes à utiliser des contraceptifs médicalisés, qu'à le faire de façon officielle: « A l'inverse des femmes mariées qui jouissent *a priori* de la caution morale d'au moins une partie de la société [...] les jeunes filles sont "officiellement" exclues du circuit de l'offre contraceptive aussi bien traditionnelle<sup>178</sup> que médicalisée » (Moussa, 2008: 234). Aussi, le cadre de la clinique de l'ABPF est trop officiel par rapport à la pratique contraceptive médicalisée adolescente, dont l'officiosité correspondant justement à celle de leur activité sexuelle: comme la clinique est spécialisée en la matière, si on y voit une fille entrer, on sait pourquoi et, de plus, les clientes doivent y donner leur nom et leur adresse.

Katz, Naré, et Tolley évoquent les sentiments négatifs qui empêchent les adolescentes d'accéder à des services de planification familiale: la honte, la peur de la stigmatisation et celle que leurs parents ne soient mis au courant (1997). La présidente du MAJ-ABPF national parle, elle, de « gêne »: « Tout se fait en catimini, les jeunes filles se cachent souvent pour aller dans les centres, surtout s'il s'agit de centre de planification familiale, parce qu'on sait tout de suite que c'est pour ça et elles sont souvent gênées » (22 ans, 14.3.08). La gynécologue voisine de l'ABPF précise que les adolescentes viennent peu la voir car elles n'en ont pas « le courage »:

Les gens diraient « Celle-là, elle n'a même pas d'enfants, pourquoi elle va faire de la PF ? ». C'est donc une déclaration officielle que vous avez une activité sexuelle incorrecte. Parce que la pesanteur sociale est très forte. Les filles ne sont pas censées avoir de rapport, pas avant le mariage, ou avant d'avoir un fiancé que tout le monde connaît et avec qui elle va se marier (3.3.08).

A l'inverse de ces considérations, selon lesquelles les adolescentes sont victimes de pressions sociales les empêchant de pratiquer officiellement la contraception médicalisée, leurs pratiques sont parfois expliquées par les agents de l'ONG en termes d'« hypocrisie »: « Les élèves, elles sont hypocrites. Elles jouent aux saintes-n'y-touchent et vont avorter, alors qu'elles sont les plus informées » (l'infirmière), « Les jeunes filles vont peu à la clinique, vous dites ? Ah mais ça c'est seulement l'hypocrisie qui fait ça » (trésorière des volontaires du Zou, 25.1.08). Dans ces propos, la faible fréquentation par des adolescentes de la clinique est reportée sur des comportements négatifs de leur part, plutôt que de mettre en cause les

---

<sup>178</sup> Ce que nous avons désigné par « locale ».

pressions sociales qu'elles subissent ou des défaillances de la structure de santé elle-même (ce qui va d'ailleurs dans l'intérêt des membres de l'association).

De la même façon que le mari a autorité sur une pratique contraceptive officielle de sa femme, une pratique contraceptive officielle de la part d'une adolescente dépend largement de la position de ses parents sur la question<sup>179</sup>. Sur les trois jeunes filles que j'ai rencontrées à l'ABPF, deux venaient non seulement accompagnées de leur mère, mais aussi sur leur conseil (la mère de la troisième était absente, mais était aussi au courant). Je n'ai donc rencontré aucune adolescente qui fréquentait la clinique sans que ses parents ne le sachent. Ce cas de figure exigerait alors un maximum de précautions. Un membre du MAJ-ABPF d'Abomey qui veut amener son amie à la clinique, affirme qu'« il faut la discrétion, pour que ses parents ne sachent pas qu'elle vient ici. Peut-être qu'elle dira qu'elle va à l'étude, par exemple. Nous avons nos techniques pour l'amener ici » (19 ans, 21.12.07).

La peur que les contraceptifs médicalisés provoquent la stérilité, comme la peur d'une mauvaise réputation en cas d'utilisation connue, expliquent que les jeunes filles tantôt préfèrent les méthodes naturelles, tantôt se procurent des contraceptifs par automédication, à la pharmacie ou au marché. Notons que « par ailleurs, et c'est là une autre raison de succès, l'espace social du marché semble protéger, mieux que les services de santé, la confidentialité et la pudeur des acheteurs. Paradoxalement, le brouhaha du marché préserve le secret, et certaines personnes, qui ont honte d'aller à l'hôpital pour expliquer leur maladie, préfèrent l'anonymat et la rapidité de la vente locale » (Jaffré, 1999 a: 69) et que « [...] les pharmaciens ambulants parviennent à créer des relations de complicité et de confiance avec leur clientèle contrairement à celles qui se nouent à l'intérieur des centres de soins. Aussi, dans le cadre de la pratique contraceptive, toutes les clientes qui ont des raisons de se soustraire à la curiosité ambiante ou de cacher tout simplement leurs démarches à leurs proches préfèrent-elles s'adresser à eux. Ainsi, à l'abri des jugements de tous ordres, femmes mariées ou célibataires et jeunes filles s'assurent une grande discrétion » (Moussa, 2008: 226). Ces deux peurs favorisent aussi le choix de recourir à l'avortement clandestin, pratique aussi officieuse que sont censées l'être les relations sexuelles adolescentes (Delaunay et Guillaume, 2007).

---

<sup>179</sup> Voir le point 5.3.1 « Quelques facteurs socio-économiques ».

### 5.2.3 Représentation locale de la contraception médicalisée

La contraception médicalisée se confronte à des résistances variées, à Abomey<sup>180</sup>, lesquelles sont d'autant plus fortes et étendues quand il s'agit de sexualité prémartiale. Alors qu'un usage adulte de la contraception médicalisée crée une polémique, son pendant pour les adolescents fait, au contraire, figure de consensus: la population, dans son ensemble, y est opposée, les résistants comme les utilisateurs, les adultes comme la plupart des adolescents<sup>181</sup>. Effectivement, l'éventuelle acceptation de la contraception médicalisée pour les adultes, ne s'accompagne pas pour autant d'une même attitude au sujet de son utilisation par des adolescentes. La contraception médicalisée est donc perçue comme à la fois destinée et réservée aux seules femmes adultes, mariées et avec enfants.

Plusieurs interlocuteurs ont fait appel à cette représentation, au travers de leurs discours. J'ai pu ainsi entendre que « la contraception médicalisée, c'est plus pour les adultes que pour les jeunes » (membre du MAJ-ABPF d'Abomey, mariée, un enfant, 22 ans, 1.3.08), que « c'est pour les femmes qui sont au foyer, les mamans et les dames » (président du MAJ-ABPF, 18 ans, 7.2.08), ou encore que « ces méthodes sont réservées aux adultes » (adolescente membre du MAJ-ABPF, 20 ans, 5.2.08). Tantôt, ces propos se basent sur le fait que la sexualité, elle aussi, est réservée aux adultes: « Puisqu'on dit méthode de planning familial, le jeune n'est pas encore apte à fonder une famille, c'est juste pour le plaisir. Donc, je pense que c'est plus pour les adultes, mais comme le monde est perverti, aujourd'hui, les jeunes aussi s'en approprient pour ne pas avoir des problèmes » (vice-présidente du MAJ-ABPF, 20 ans, 7.2.08). Tantôt, ils sont basés sur les risques de stérilité. Au cours de ma première venue dans le salon de coiffure précédemment évoqué<sup>182</sup>, on me pria de présenter les méthodes dont disposait l'ABPF; sachant qu'une des apprenties ne comprenait pas le français, je demandai qu'on lui traduise ce que je disais. L'amie de la patronne réagit ainsi:

Mais ces méthodes-là, c'est pour les femmes qui ont déjà eu des enfants, elle, elle est jeune ! En tout cas, c'est comme ça que moi je le comprends. Ces méthodes, c'est pour les femmes qui ont au moins un, deux, trois enfants, ou même pour celles qui veulent limiter, car dans ce cas, les effets ne leur disent rien. C'est pour les bonnes dames, mariées avec deux ou trois enfants. Bon, moi je comprends que pour utiliser ça, il faut avoir fait au moins un enfant (secrétaire, 26 ans, pas mariée, sans enfants, 3.3.08).

Parfois aussi, cette idée fait spécifiquement référence au cadre officiel des cliniques:

---

<sup>180</sup> Voir le point 4.1.6 « La rhétorique résistante ».

<sup>181</sup> Gbedjissokpa, Finoude et Sonon ont aussi remarqué, à Abomey, cette « réticence des adultes (parents) à la promotion des services de Santé Sexuelle et Reproductive des jeunes et des adolescents » (2008: 111).

<sup>182</sup> Voir le point 5.2.2.b « La peur de paraître débauchée ».

Je me dis que je ne suis pas encore assez grande. Comme je suis encore élève, il faudrait que je finisse les études et penser d'abord aux enfants avant de commencer à fréquenter les cliniques. En dehors de ça, si je n'ai pas une maladie ou un problème de santé, je ne crois pas que...bon, ou alors, ce serait tout juste passer pour demander des renseignements (secrétaire générale du MAJ-ABPF, adolescente de 23 ans, 7.1.08).

Le principe de sélection, ou autrement dit, de réappropriation, veut qu'« aucun ensemble proposé [ne soit] jamais adopté en bloc par ses destinataires: il est toujours plus ou moins désarticulé par la sélection que ceux-ci opèrent en son sein. Ni le rejet total ni l'adoption totale ne sont la règle. Le processus habituel est celui de l'adoption sélective » (Olivier de Sardan, 1995: 133). C'est aussi l'avis de Bierschenk: « [...] *projects are neither complete failures nor completely successful in the light of the original goals. The success of project, rather, is selective [...]* » (1998: 146). L'adoption sélective présente est alors la suivante: officiellement, la contraception médicalisée doit surtout servir à limiter les naissances, éventuellement à les espacer, mais pas à retarder la venue du premier enfant.

Ce que Bierschenk (1988) et Olivier de Sardan (1995) disent à propos des projets de développement, à savoir que bien qu'ils puissent être théoriquement pensés comme un tout, leur mise en pratique prouve leur possible désarticulation, comme on le voit ici avec le cas de la diffusion et de la réception de la contraception médicalisée, Arce et Long l'étendent au sujet des idées et des pratiques de la « modernité »; elles sont alors elles-mêmes « *appropriated and re-embedded in locally-situated practices, thus accelerating the fragmentation and dispersal of modernity into constantly proliferating modernities* » (2000: 1), ce qu'ils résument par les notions de « *counter-tendencies to modernity* » (*Ibidem*: 27) et de « *counter-development* » (*Ibidem*: 18).

Une grande partie des citations que j'ai retranscrites ici proviennent des membres du MAJ-ABPF d'Abomey. Leur statut est celui d'intermédiaire entre la population locale et l'ONG, puisqu'ils font partie des deux à la fois. Reste à savoir ce qu'il en est des représentations des employés de l'association eux-mêmes. Je les aborderai, après avoir exposé d'autres facteurs du comportement des adolescents envers la contraception médicalisée, qui ne sont pas d'ordre représentationnel.

## 5.3 Les représentations, un facteur parmi d'autres

### 5.3.1 Quelques facteurs socio-économiques

Des facteurs de type socio-économique influent sur la fréquentation de la clinique de l'ABPF. D'abord, ces facteurs déterminent en partie la simple connaissance de la clinique et des méthodes de contraception médicalisées (c'est-à-dire connaître leur existence et avoir des informations justes à leur sujet), puisqu'elle dépend largement du niveau d'instruction des potentielles usagères et que ce niveau est généralement corrélé au statut socio-économique.

D'après l'étude d'Attanasso, la planification familiale est méconnue par la population au Bénin, notamment par les femmes potentiellement fécondes et à risque de grossesses (2007). Bop et Sow affirment qu'en Afrique subsaharienne, « plusieurs raisons (non exclusives les unes des autres) expliquent la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes par les jeunes. Parmi elles, la principale reste le faible niveau de connaissances des méthodes contraceptives modernes » (2004: 65). Ce n'est souvent qu'après avoir accouché que les femmes entendent parler de ces méthodes, soit par d'autres femmes de leur entourage, soit par le personnel de santé de la maternité: « Si j'avais connu ça plus tôt ? Ah, mais j'aurais déjà utilisé avant le premier [enfant]. Si j'avais su, je ne serais pas tombée grosse [enceinte] comme ça » (coiffeuse, 26 ans, 4.1.08). La gynécologue dont le cabinet est proche de la clinique ne parle spontanément<sup>183</sup> des méthodes médicalisées qu'aux femmes qui ont déjà des enfants ou qu'aux adolescentes qui viennent la voir à cause de complications post-abortum. La plupart des apprenties du salon de coiffure, qui se situe pourtant à quelques mètres de la clinique, ne la connaissaient pas, ou la connaissaient mais sans savoir qu'elle était spécialisée en planification familiale.

Bop et Sow ajoutent que « le niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes est plus élevé chez les adolescents qui fréquentent l'école que chez ceux qui n'y vont pas » (*Ibidem*: 66). Comme le thème de la contraception est effectivement évoqué en biologie, au cours des années scolaires préparant au bac, les adolescentes scolarisés jusqu'à ce moment-là ont donc plus de chances de connaître les méthodes médicalisées que les autres, et de mieux les connaître. Une volontaire, vice-présidente au niveau départemental, n'a connu l'existence des méthodes contraceptives médicalisées qu'après son deuxième enfant: « C'est après avoir eu le second enfant que j'ai été à l'école. J'ai étudié et on avait la PF comme matière. Si en tant que lettrée, j'ai été victime de cette situation, quel serait le sort des femmes

---

<sup>183</sup> C'est-à-dire, sans que les clientes ne viennent expressément dans le but d'utiliser une méthode médicalisée.

analphabètes ? » (5.2.08). Comme les autres jeunes en formation, les adolescentes scolarisées ont aussi plus de chance de désirer les utiliser, puisqu'une grossesse pourrait compromettre la suite de leurs études. Selon la sage-femme de la clinique, « [les jeunes filles] sont rares, très rares. Sinon, il y a celles qui veulent finir leurs études. Celles-là ne sont pas mariées. »

Comme on l'a déjà vu, l'autonomie économique et sociale des femmes mariées en matière de contraception médicalisée est elle-même limitée<sup>184</sup>. On ne peut que s'attendre à une autonomie encore moindre chez des adolescentes, puisque leur statut social est inférieur et leur accès à des ressources financières plus restreint<sup>185</sup>. Puisque « l'âge, comme le sexe, a valeur de paramètre discriminant dans la détermination de la place de l'individu dans la société » (Bernardi, 2002: 31), l'autonomie des adolescentes se retrouve limitée à la fois par leur sexe, leur âge et leur statut de célibataires. Elles n'ont pas l'habitude de disposer elles-mêmes d'argent: elles ne travaillent pas, ou pas encore, et dépendent de leurs parents<sup>186</sup>. Elles n'ont donc pas d'autonomie économique leur permettant d'assumer seules les dépenses d'une éventuelle fréquentation de l'ABPF (Bop et Sow, 2004). Au vu de son officialité et de son prix<sup>187</sup>, la pratique de la contraception médicalisée à la clinique est plus facile pour les adolescentes dont les parents les encouragent à le faire. Autrement dit, leur permission et leur support en est un facteur déterminant (Gage, 1998). Il peut aussi parfois plutôt s'agir d'une imposition de leur part. Tout comme des maris imposent la contraception médicalisée à leur femme, des parents peuvent faire de même avec leurs filles. D'où l'expression que j'ai plusieurs fois entendue: « On va la mettre sous piqûre » ou « sous pilule », comme dans cet exemple: « La grande fille a eu une grossesse avant de finir ses études. Alors la petite, dès qu'elle a ses règles, on va la mettre sous médicaments pour que ça n'arrive pas » (mécanicien, 40 ans, père de 4 enfants, 1.2.08). Selon l'infirmière, « les jeunes filles qui viennent sont des apprenties, mais beaucoup d'entre elles ont déjà un enfant. Les élèves sont les plus rares, elles arrivent souvent par la volonté des mères. »<sup>188</sup> Or, pour que des parents encouragent à le faire, acceptant non seulement cette pratique chez leur fille, mais aussi son officialité et tenant par là une position contraire à la norme (qui veut que les parents encouragent plutôt l'abstinence)

---

<sup>184</sup> Voir le point 4.2.2 « Rapports de genres dans la pratique contraceptive ».

<sup>185</sup> Gage rappelle à cet effet que les adolescents appartiennent à une catégorie sociale moins libre, moins autonome et dont l'environnement est plus restrictif que celui des adultes (1998).

<sup>186</sup> Le cas d'un compagnon participant à ces frais est possible, mais difficile sur un plan cette fois social: s'ils ne sont pas mariés (ou s'ils ne vivent pas ensemble en vue d'un futur mariage), cette démarche peut être interprétée comme un court-circuit de l'autorité parentale. Dans ce cas, cette participation est davantage imaginable si la pratique contraceptive est officieuse.

<sup>187</sup> Voir le point 1.2.3 « L'offre contraceptive à Abomey ».

<sup>188</sup> Voir le point 5.1.3.c « Une pratique officieuse ».

c'est sûrement qu'ils appartiennent à un milieu social particulièrement « occidentalisé ». Selon les résultats d'Attanasso, plus les parents de jeunes filles sont instruits et leur niveau de vie élevé, plus il est possible qu'elles utilisent la contraception médicalisée (2007). Voilà qui mène à poser l'hypothèse suivante: les jeunes filles qui fréquentent la clinique de l'ABPF proviennent généralement d'un milieu social économiquement favorisé. Le fait que les trois adolescentes que j'ai rencontrées à la clinique sont scolarisées (elles préparaient le bac), va déjà dans ce sens. Le caractère élitiste de leur origine sociale pourrait alors représenter une des explications du nombre restreint des usagères adolescentes.

### **5.3.2 Contraintes médicales et contraintes pratiques**

Le suivi médical est présenté par l'ABPF, comparativement à l'automédication, comme un facteur préférentiel de la fréquentation de la clinique. Cependant, il peut également représenter, du point de vue des usagers, un désavantage d'ordre pratique: il implique des frais et un investissement temporel, parfois aussi des déplacements supplémentaires (etc.), ce qui peut être perçu comme des obstacles rendant la pratique contraceptive compliquée.

Quand une femme va pour la première fois à la clinique ou qu'une usagère souhaite changer de méthode, elle n'a pas la garantie d'obtenir ce qu'elle veut, ou du moins de l'obtenir immédiatement. Parfois, des antécédents pathologiques familiaux ou individuels l'en empêchent; parfois, on lui dit de revenir parce qu'elle doit faire d'autres analyses ou parce qu'elle n'est pas venue au moment de ses règles, comme dans les deux exemples qui suivent.

Un couple était venu à l'ABPF parce qu'après que la femme ait fait une fausse couche, le personnel de l'hôpital les y a dirigé, afin qu'ils adoptent une méthode contraceptive le temps qu'elle récupère. Une fois à la clinique de l'ONG, on leur a dit qu'ils devaient d'abord retourner à l'hôpital pour faire une échographie de contrôle avant de revenir à la clinique.

Jusqu'à-là, Julie achetait ses pilules sur le marché. Elle est allée trois fois de suite à l'ABPF sans avoir ses règles, alors que si elle voulait soit y acheter des pilules, soit changer de méthode, elle était considérée comme une nouvelle cliente et devait par conséquent les avoir au moment de la consultation. L'infirmière finit d'ailleurs pas s'en agacer car, à chaque fois qu'elle la voyait, elle lui répétait clairement de revenir au moment de ses menstrues<sup>189</sup>. Manifestement, ce n'était pas chose facile pour Julie, qui tantôt travaillait, tantôt devait s'occuper des tâches domestiques; elle ne pouvait pas forcément se rendre à la clinique quand elle le voulait et, de plus, son cycle menstruel était dérégulé (du fait de l'utilisation même de la pilule), donc imprévisible.

Une alternative à un retour différé est de faire un test de grossesse à la clinique, mais au-delà du fait que cela augmente le coût de la prestation, le dernier rapport non protégé ne doit

---

<sup>189</sup> Voir le point 4.2.1.b « Méfiance, “petits mensonges” et omissions ».

pas avoir eu lieu moins de quinze jours plus tôt. Ces contraintes provoquent parfois des tensions:

Madame G s'énerma ostensiblement à la suite du refus de l'infirmière de lui prescrire le jour-même une méthode contraceptive, premièrement parce qu'elle n'avait pas ses règles et, deuxièmement, parce que la date de son dernier rapport non protégé était trop proche. Après coup, elle essaya de dire qu'elle s'était trompée sur la date et en donna une autre, mais il était trop tard. Puis elle accusa l'agent de santé d'être de mauvaise volonté.

L'automédication peut être donc préférée pour des raisons pratiques: « Les différentes analyses s'accordent sur une proximité plurielle entre vendeurs et clients. Cette proximité est d'abord physique parce qu'elle favorise une accessibilité aux médicaments. [...] La stratégie du porte-à-porte est sans commune mesure avec les procédures par trop formelles et complexes des structures officielles des soins » (Moussa, 2008: 224). Il est aussi plus simple pour les femmes d'acheter leurs produits sur le marché que de se déplacer expressément à la clinique pour cela, puisqu'elles s'y rendent de toutes façons une ou deux fois par semaine (il a lieu tous les cinq jours). Au niveau du temps aussi, acheter une plaquette de pilule sur le marché ou à la pharmacie est rapide, alors qu'à la clinique, il faut compter le temps d'attente et de consultation. Plus qu'un simple obstacle, cela manifeste aussi des décalages d'attendus et de temporalités entre patients et personnel soignant: l'urgence de la demande de l'un se confronte alors à la banalité de la consultation pour l'autre, qui s'inscrit dans un quotidien professionnel (Fall, Gadou, Vidal, 2005).

Les horaires de la clinique peuvent aussi être contraignants: elle est ouverte de huit heures à seize heures. Les agents de santé qui pratiquent officieusement des services de contraception le font, eux, en dehors de ces horaires, et parfois à domicile<sup>190</sup>. Les utilisatrices vivent et perçoivent toutes ces contraintes de façon distincte et on peut postuler, encore une fois, que ces contraintes leur paraissent plus ou moins pesantes, proportionnellement à leur niveau socio-économique. Par exemple, il est plus difficile de se rendre à la clinique pour une femme qui ne dispose pas d'un moyen de transport ou qui n'a pas les moyens d'en utiliser un public. Pour leur part, Delaunay et Guillaume ont remarqué que la contraception médicalisée pouvait être jugée plus contraignante que l'avortement, du fait qu'elle nécessite une utilisation sur le long terme (2007).

Il est indéniable que la fréquentation de la clinique offre un service plus complet et plus sûr que d'autres pratiques. Le suivi médical permet un choix plus vaste et plus informé de la méthode contraceptive et permet d'identifier de possibles contre-indications, ainsi qu'il donne des explications et effectue une prise en charge des éventuels effets secondaires. Du

---

<sup>190</sup> Voir le point 1.4.2 « L'offre contraceptive à Abomey ».

point de vue sanitaire, ces prestations sont donc préférables à une automédication ou à une pratique officieuse avec des agents de santé non spécialisés. En effet, sur le marché, les pilules sont le plus souvent achetées sans mode d'emploi (parfois parce qu'il y en a un seul dans une boîte de trois plaquettes, vendues séparément), et même quand c'est le cas, elles sont inutiles aux femmes illettrées. Les pilules que j'ai trouvées sur le marché étaient produites au Nigeria et leur mode d'emploi était en anglais. Quand j'ai demandé à la vendeuse comment l'utiliser, elle m'a donnée de fausses indications. Le gouvernement actuel du Bénin cherche d'ailleurs à éliminer la vente de produits médicalisés sur le marché. Pourtant, les utilisatrices ont souvent confiance en cette offre, comme en témoigne cette exclamation de Julie: « Si on vend ça sur le marché et que beaucoup de femmes l'achètent comme ça, ça ne peut pas être mauvais ! » (20.2.08). Pour certains utilisateurs, cette différence qualitative n'est cependant pas perceptible, ou pas assez pour justifier une démarche clinique, qui peut paraître trop compliquée<sup>191</sup>. Elle peut également paraître trop intimidante, à cause de la peur de devoir affronter une relation de pouvoir par définition inégalitaire avec le personnel soignant<sup>192</sup>. Cela peut expliquer la préférence pour des rapports moins anonymes, comme auprès de guérisseurs que l'utilisateur connaît déjà ou au marché, « lieux de proximité », où vendeur et client partagent « les mêmes sociabilités » (Jaffré, 1999 a: 69).

Ce paragraphe a seulement voulu illustrer que, par rapport à l'offre contraceptive à Abomey, le choix d'une utilisatrice peut se lire - partiellement - en fonction de critères d'ordre strictement pratique. Qui plus est, ces critères sont eux aussi « rationnels », contrairement à l'accusation d'« irrationalité » que les employés de l'ABPF font à l'encontre des femmes préférant une pratique contraceptive plus officieuse et sans suivi médical. Selon Fassin, l'absence de reconnaissance de la rationalité des choix de certains utilisateurs est une des formes que prend « la violence symbolique que le culturalisme exerce toujours sur celles et ceux dont il prétend, en leur nom, livrer la vérité » (2001: 199).

---

<sup>191</sup> La mauvaise image que des utilisateurs peuvent avoir de certains centres de santé, voir des centres de santé en général, peut aussi les retenir de fréquenter la clinique de l'ABPF (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003; Richard, 2001).

<sup>192</sup> Voir le point 4.1.2.a « Des rapports inégalitaires ».

## 5.4 Le monde social des employés de l'ABPF

### 5.4.1 Attitudes envers les adolescents

#### 5.4.1.a Description d'une sensibilisation

J'ai eu l'occasion d'assister à une séance de sensibilisation dans une école privée, organisée par les MAJ-ABPF, sous la supervision de l'animateur de zone du Zou<sup>193</sup>, et dont je retranscrirai ici une partie. On avait, pour ce faire, réuni des élèves de terminale provenant de différentes classes. Le thème de la séance était « Jeunesse et valeurs morales ».

Le président du MAJ-ABPF (qui a 18 ans) m'a expliqué, la veille, que le thème était en fait « sexualité des jeunes et valeurs morales », mais qu'on n'incluait plus la notion de sexualité dans le titre car « les jeunes en ont marre qu'on leur parle de sexualité, ou alors ils vont tout de suite poser des questions techniques » (5.2.08). L'animateur de zone m'expliquera que c'est aussi une façon d'éviter le risque d'un refus des autorités de l'établissement ou de réactions négatives de la part de parents d'élèves. Voici comment s'est déroulée la séance:

L'audience est mixte, alors que les orateurs ne sont eux que masculins: cinq jeunes hommes du MAJ-ABPF et l'animateur de zone<sup>194</sup>. Au cours de la séance de préparation préalable, le groupe avait décidé d'adopter une démarche participative, c'est-à-dire de mener la séance sous une forme dialogique plutôt que conférencière. Cela n'a pourtant été le cas qu'au début, autour d'un débat sur la définition de « jeune ». Le débat s'est clôt au moment d'aborder le thème des « valeurs morales » (notamment pour une question de temps, la sensibilisation ayant commencé plus tard que prévu), pour continuer sur un monologue du président des MAJ-ABPF, consistant en l'apologie de l'abstinence (qu'il pratique lui-même):

« Les contre-modèles, c'est l'ensemble des modèles où le jeune est mal vu dans sa localité, ce sont les comportements qui lui donnent mauvaise réputation: L'acculturation, le hip-hop, s'habiller *sexy*, la dépigmentation, le mimétisme, les rapports sexuels précoces, le *zapping* comme la fille qui a cinq amis, la prostitution. Les modèles, ce sont les habitudes qui font que le jeune soit bien vu: faire du bien, aider ses prochains, éviter l'excès en tout, ne pas vivre au-dessus de ses moyens, comme avec la prostitution. Le jeune qui retarde ses rapports sexuels est un modèle: il est à l'abri du VIH, des grossesses, il fait la fierté de ses parents et conserve toutes ses chances de réussir ses études et sa vie. Une fille doit défendre sa virginité pour faire la fierté de ses parents, de son futur mari et de ses futurs enfants. »

---

<sup>193</sup> Elle a eu lieu le 6 février 2008 au Collège de l'Amitié, en français. Précisons que cette sensibilisation ne s'est pas organisée selon la procédure. Normalement, les membres du MAJ-ABPF doivent soumettre leur texte une semaine avant la sensibilisation, lequel est relu et modifié si nécessaire, soit par l'infirmière et animatrice (laquelle n'était cette fois pas disponible pour ce faire), soit par l'animateur de zone. Cette fois-ci, l'animateur ne savait pas précisément ce que les membres du MAJ-ABPF allaient dire. Ils ne se sont vus que la veille pour une séance de préparation et n'ont parlé que du déroulement général de la sensibilisation.

<sup>194</sup> J'incarnais alors la seule présence féminine à la tribune des orateurs, me cantonnant évidemment à mon rôle d'observatrice; tant bien que mal cependant, puisqu'à la fin des collégiens sont venus me demander « mon avis sur la question ».

Il s'agit désormais moins d'une réflexion sur la notion de « valeur morale » comme c'était le cas au sujet du terme « jeune », que d'un discours fortement moralisateur. De plus, ce discours n'informe pas l'audience sur les moyens d'éviter les grossesses ou les IST (Infection Sexuellement Transmissible), mais l'invite simplement à ne pas avoir d'activité sexuelle.

Des bruits, des rires et des réflexions éparses parviennent de l'audience à la fin de la conférence donnée par le président du MAJ-ABPF: manifestement, une partie des auditeurs est déjà sexuellement active et, par conséquent, n'est pas satisfaite de l'exposé.

Un élève: « A quel âge peut-on avoir le premier rapport sexuel ? »

Le président du MAJ-ABPF: « Il n'y a pas d'âge. Vous pouvez commencer si vous avez les moyens d'assumer une grossesse. »

Un autre élève: « Quels sont les buts et objectifs de votre ONG ? »

Le président du MAJ-ABPF: « L'ONG a pour mission de renforcer la capacité des jeunes en matière de droit et de bien-être en santé de la reproduction ».

A ce moment-là, l'animateur de zone prend pour la première fois la parole: « L'ABPF, c'est pour éviter les maladies que vous connaissez. »

Un élève: « Non, on ne les connaît pas ! »

L'animateur: « Eh bien je parle des IST et des grossesses non désirées. »

C'est cette fois une élève qui réagit, sur un ton virulent: « Excusez-moi Monsieur, mais une grossesse non désirée, ce n'est pas une maladie, c'est un être en soi ! »

L'animateur: « Imagine qu'on te viole, tu ne voudras pas de cet enfant, et après on t'abandonne, c'est mal, c'est un mal ! »

La même adolescente: « Mais les grossesses non désirées ne viennent pas toujours à cause de violences. Si vous dites que les grossesses sont une maladie, moi je ne suis pas d'accord ! »

L'animateur et les membres du MAJ-ABPF lui répondent ensemble: « Mais c'est un fléau, ça mine le développement du pays ! ».

L'animateur revient alors sur le sujet de l'abstinence, lui conférant une valeur hiérarchique supérieure aux autres alternatives: « Le mieux, c'est d'éviter les rapports. Mais si la personne n'en est pas capable, alors là il faut qu'elle utilise des préservatifs ou autre méthode contraceptive. Au lieu de demander comment retarder les rapports sexuels, je vais vous demander pourquoi le faire. »

Une auditrice: « Pour éviter les IST et les grossesses. »

L'animateur: « Ok, c'est ça. »

Un jeune-homme de la salle se met à évoquer les préservatifs.

L'animateur: « Les préservatifs ça existe, mais si on sait les inconvénients [de la sexualité], on ne s'approche pas de la chose. Si malgré tout ce qu'on dit le jeune est sexuellement actif, alors là on utilise le préservatif. Est-ce qu'un parent va dire à son enfant “Va avoir des rapports sexuels !” ? ».

Ce à quoi, les élèves répondent en chœur: « Non, jamais ! »

L'animateur: « Si vous voyez les conséquences négatives de l'acte, vous n'allez même pas vous approcher, et ça, c'est le meilleur comportement. Parce qu'après, c'est un peu difficile. Communiquez donc avec vos parents. »

Ensuite, l'animateur se détache de la méthode participative à nouveau. Il parle pendant un moment de la

négativité de l'habillement *sexy* des filles et répond à une question sur la masturbation en disant qu'elle est nuisible, car elle amène les jeunes à avoir des rapports.

Une jeune fille: « Quels avantages ont les rapports sexuels ? »

L'animateur: « Vous êtes trop jeunes pour penser aux avantages des rapports sexuels, il faut être adulte avant cela<sup>195</sup>. Mais si vous êtes sexuellement actifs, vous en parlez à vos parents ou vous passez à l'ABPF. »

Une autre jeune fille: « Quelle est la solution aux grossesses non désirées ? »

L'animateur: « Si la personne est sexuellement active et qu'elle n'est pas capable de laisser, si malgré tous les conseils qu'on lui donne, elle ne veut pas, là, il faut la mettre sous méthode contraceptive. »

Une autre élève: « Mais les méthodes contraceptives ne prennent pas sur tous les organismes. »

L'animateur: « Mais à l'ABPF, il n'y a pas que les méthodes hormonales, il y a aussi les méthodes naturelles. »

L'élève: « Mais les méthodes ont des inconvénients, l'injection par exemple. »

L'animateur: « Mais ce ne sont pas des inconvénients, ce sont des effets secondaires. Il suffit d'aller chez l'infirmière, et vous retrouvez la santé. La sage-femme gère ces effets. » Il parle alors des méthodes naturelles et évoque la méthode du collier<sup>196</sup>.

La séance prend fin, des élèves s'approchent de lui pour en savoir plus. L'animateur sort alors le collier de son sac et leur explique son fonctionnement. Un jeune homme lui demande des conseils sur les préservatifs.

L'animateur répond systématiquement à ses questions, qui sont d'ordre techniques.

Un autre adolescent intervient et lui demande: « Et si c'est une fille avec qui je ne veux pas me marier ? »

L'animateur répond seulement: « Ca là, c'est même pas bon, c'est même pas bon ! ».

#### **5.4.1.b Description d'une consultation**

J'ai déjà dit avoir rencontré trois adolescentes fréquentant la clinique, au cours de mon terrain<sup>197</sup>. La première était nouvelle et accompagnée de sa mère. J'ai voulu assister à sa consultation, mais l'infirmière a refusé, alors qu'elle avait toujours accepté ma présence si les clients confirmaient de l'accepter eux-mêmes. Dans ce cas, elle a dit non avant même de demander aux intéressées ce qu'elles en pensaient<sup>198</sup>. Je ne peux que postuler la crainte de sa part que ma présence ne les gêne<sup>199</sup>. Peut-être aussi que la présence de la mère au cours de la consultation la faisait se sentir obligée à un respect plus strict que d'habitude aux procédures, notamment de confidentialité. Ces interrogations resteront en suspend, mais ce qui est certain, c'est le caractère extraordinaire que revêtait cette consultation pour l'infirmière, étant donné

---

<sup>195</sup> Voilà une affirmation qui contredit pourtant ce qu'on peut lire sur les affiches à l'entrée de la clinique: « Jeunes: les grossesses non désirées, les avortements provoqués, les IST, tu peux les éviter. Informe-toi dans les cliniques de l'ABPF », suivie de, « A L'ABPF, on parle de sexualité en toute confiance et en toute tranquillité. N'hésitez donc pas à vous rapprocher de nous ».

<sup>196</sup> Voir le point 1.2.3 « L'offre contraceptive de l'ABPF ».

<sup>197</sup> Voir l'« Introduction ».

<sup>198</sup> Je n'ai pas réussi non plus à obtenir avec elles d'entretien après cela (se disant pressées). A ce moment de mon terrain, je n'avais pas encore centré ma problématique sur la question de la fréquentation adolescente de la clinique, et je n'ai donc hélas pas insisté davantage pour cet entretien, ni pour que l'infirmière m'explique après coup la situation, et les raisons de son refus.

<sup>199</sup> Voir le point 5.1.3 « Pressions sociales et sentiments des adolescentes ».

que ce fût son unique refus de ma présence au cours de mon terrain, ce caractère extraordinaire étant alors révélateur de la différence de traitement et de perception de celle-ci envers les usagères en fonction de leur âge et de leur statut social.

Quand une seconde adolescente est venue, seule cette fois, c'était pour s'approvisionner en pilule. Il s'agissait d'une élève de 19 ans qui fréquentait la clinique depuis plusieurs mois. Je n'ai pas assisté à sa rencontre avec la sage-femme<sup>200</sup>, mais j'ai mené un entretien avec elle, où se manifestait son embarras: tout au long de celui-ci, elle se tordait les mains ou déchiquetait nerveusement un petit plastique, les yeux baissés.

J'ai finalement pu assister à la consultation<sup>201</sup> avec l'infirmière de la troisième et dernière adolescente rencontrée, qui est aussi venue avec sa mère, laquelle par contre est restée dans la salle d'attente. Elle avait 19 ans et étudiait dans un collège privé. Elle utilisait jusqu'à présent la méthode naturelle du calendrier, mais avec difficulté, car son cycle menstruel était irrégulier. C'est pourquoi elle souhaitait passer à une méthode contraceptive médicalisée. Au cours de la consultation, elle aussi, avait l'air nerveuse: elle se tordait les mains, regardait au sol et parlait à voix basse. Voici le dialogue qu'elle a eu avec l'infirmière:

L'infirmière: « Pour les méthodes, tu dois être en couche, tu reviens donc quand tu es en couche [au moment d'avoir ses règles]. Tu es venue avec ta maman ? »

- L'adolescente: « Oui. »

- L'infirmière: « C'est elle qui t'a amenée ici, qui t'en a parlé ? »

- L'adolescente: « Oui. »

- L'infirmière: « As-tu jamais entendu parler d'une méthode ? »

- L'adolescente: « Oui, j'ai entendu parler de l'injection et du collier, et je veux faire l'injection. »

L'infirmière lui présente alors toutes les méthodes, puis elle lui demande: « Pourquoi tu veux faire le planning ? »

- L'adolescente: « Pour éviter les grossesses. »

- L'infirmière: « Si jeune comme tu es, en quoi les méthodes te concernent ? Est-ce que c'est ton chéri qui dit qu'il va te laisser si tu ne fais pas ? »

L'adolescente ne répond pas, elle ne fait que sourire.

A ce moment, l'infirmière s'adresse à moi et me demande d'arrêter mon enregistreur: « Pour la PF, elle reviendra. Je vais lui parler du sida et d'un éventuel dépistage, alors ce n'est pas trop bon d'enregistrer. »

Encore un refus exceptionnel de la part de l'infirmière, qui pour la première et unique fois de mon terrain, me demande de couper mon enregistreur, jugeant certainement le sujet

---

<sup>200</sup> Là encore, j'ai été confrontée à des limites posées à ma présence; cette fois, ce n'est pas tant du fait que la cliente était jeune, que du fait de la réticence quasi permanente de la sage-femme à mes investigations. Elle n'a jamais accepté que j'assiste en personne à ses consultations. Elle a prétexté à cette occasion que celle-ci ne pouvait pas m'intéresser, puisqu'il ne s'agissait que d'un achat de produit et non d'une consultation complète.

<sup>201</sup> Qui a eu lieu le 4 mars 2008, en Fon. Je l'ai enregistrée et mon interprète me l'a traduite par la suite.

trop intime (lui parler du sida implique d'aborder la question du comportement sexuel). Cette limitation de mon accès à l'information peut certes s'expliquer par la crainte que ma présence accentue l'embarras de l'adolescente. Cependant, elle montre avant tout que, selon l'infirmière, cette personne est justement censée se sentir embarrassée par la situation, alors définie comme « anormale ». Comme la définition de la situation fait partie de l'autorité du personnel de santé (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999)<sup>202</sup>, celle-ci peut devenir « contagieuse » pour l'adolescente. Ainsi, en me demandant de stopper mon enregistrement afin de ne pas l'embarrasser, il est possible que cette action l'ait paradoxalement embarrassée d'autant plus, puisque la supposition de l'infirmière qu'elle devrait ressentir de la gêne lui est alors communiquée par cette même requête.

Après la consultation, j'ai demandé à l'infirmière comment cela c'était passé et elle m'a dit avoir requis de l'adolescente qu'elle fasse un test de dépistage du sida à l'hôpital<sup>203</sup>, avant de revenir pour adopter une méthode contraceptive; chose que je ne l'ai jamais vue demander à une cliente adulte et qui complique passablement les démarches de l'adolescente en vue d'obtenir un contraceptif médicalisé<sup>204</sup>.

La séance de sensibilisation comme la consultation révèlent des décalages d'attendus entre les divers participants. Dans le premier cas, les questions de l'audience manifestent une envie d'information technique sur les différentes méthodes contraceptives, mais le message des orateurs se veut plus moraliste qu'informatif. Dans le second cas, l'adolescente exprime le souhait d'utiliser une méthode contraceptive médicalisée, alors que l'infirmière l'encourage à faire un test de dépistage du sida. Cela freine son obtention d'une méthode médicalisée et lui transmet le message implicite qu'elle devrait utiliser prioritairement des préservatifs. Cette attitude de l'infirmière s'explique en partie par sa perception des adolescents comme un « groupe à risque ».

---

<sup>202</sup> Voir le point 4.2.1.b « Méfiance, “petits mensonges” et omissions ».

<sup>203</sup> Le dépistage du sida est un service que d'habitude l'ABPF offre, mais elle était à ce moment-là « en rupture de stock ».

<sup>204</sup> Voir le point 5.2.2 « Contraintes médicales et pratiques ».

## 5.4.2 Représentations de la sexualité adolescente

### 5.4.2.a Une sexualité « à risque »

Ces deux exemples de la sensibilisation et de la consultation montrent une des représentations des employés de l'ABPF de la sexualité adolescente: son association au risque du sida<sup>205</sup>. C'est pour cette raison que, face à un public jeune, après la promotion de l'abstinence, vient en seconde position celle du préservatif (avant l'évocation de méthodes naturelles puis, éventuellement, médicalisées). Cette phrase de la sage-femme reproduit le même schéma: « Les jeunes ? On leur parle d'abstinence, mais comme ils ont déjà goûté à ça, c'est difficile, donc c'est mieux de leur parler des préservatifs. »

Certes, il est important que les adolescents se protègent du sida et cette association n'est pas en cela « critiquable ». Seulement, elle génère des différences de traitement selon des critères inclusifs et exclusifs à un « groupe à risque »<sup>206</sup>, qui est lui-même discutable. En effet, comme le souligne Vidal, la délimitation d'« individus à risque », constitués par « les jeunes » est une « désignation abusive d'une catégorie de personnes », qui ne tient pas compte de la diversité des comportements, et qui surtout ignore le fait que ce qui peut être « à risque », ce sont justement plutôt des comportements qu'une catégorie sociale, autrement dit, « ce qui doit être rapporté à un « risque » est moins un individu qu'une pratique [...] » (2005: 61).

Cette représentation a en effet pour conséquence des pratiques médicales à la fois inclusives et exclusives: alors qu'elle inclut les jeunes au risque du sida, elle les exclut du même coup de la pratique contraceptive médicalisée et alors qu'elle inclut les adultes à cette pratique, elle les exclut en même temps du risque du sida. J'ai assisté à une autre sensibilisation animée par le même employé de l'ABPF, dont cette fois-ci le public était un groupement de femmes à majorité adulte. Au contraire de la sensibilisation décrite précédemment, il n'a pas mentionné une seule l'épidémie du sida ou le préservatif et n'a fait que parler des autres méthodes contraceptives (en commençant d'ailleurs par les méthodes médicalisées avant de parler des naturelles). La différence d'attitude selon l'âge et le statut du public est donc extrême. C'est là un partage d'autant plus contestable du fait qu'à Abomey, la population adulte a, elle aussi, des comportements dits « à risque », surtout dans sa composante masculine, qui pratique la polygamie et l'infidélité (celle-ci étant considérée comme légitime).

---

<sup>205</sup> Cette représentation n'est pas spécifique aux employés de l'ABPF, elle est largement répandue dans le domaine médical. Voir, à titre d'exemple, OMS (1996).

<sup>206</sup> Sur cette notion de « groupe à risque », voir notamment Dozon et Fassin (2001).

Par ailleurs, promouvoir le préservatif chez les adolescents et parler peu ou pas des méthodes contraceptives naturelles ou médicalisées, c'est partir du postulat que s'ils utilisent d'autres méthodes contraceptives, ils n'utiliseront plus le préservatif. La possibilité d'une combinaison des deux pratiques n'est alors pas prise en compte. D'ailleurs, elle n'a jamais évoquée, ni dans les séances de sensibilisations, ni lors des consultations auxquelles j'ai assisté. Le spécialiste en santé publique André Spira constate qu'en France, cette combinaison est très minoritaire, de par « une grande difficulté d'utilisation et de nombreux inconvénients, puisqu'elle multiplie les contraintes liées à chacune des deux méthodes ». Il conclut ce même postulat qu'« il existe un antagonisme entre l'utilisation de ces deux types de protection » (1999: 276). Bien que ce présupposé - à savoir que les adolescents n'utiliseraient pas à la fois le préservatif et des méthodes contraceptives médicalisées - soit pertinent, il soulève néanmoins deux contradictions. Premièrement, il se base sur une rétention d'information, alors même que l'ABPF se donne pour objectif explicite d'informer la population, et en particulier « les jeunes ». Deuxièmement, elle ne tient pas compte des rapports de genre dans la gestion de la fécondité: le préservatif est une méthode d'usage masculin et les méthodes contraceptives médicalisées sont d'usage féminin<sup>207</sup>. Par conséquent, promouvoir surtout le premier au détriment du second est contraire au projet, lui aussi prôné par l'ABPF, d'un accès facilité des adolescentes à un contrôle de leur propre fécondité. Les relations entre la protection de l'épidémie du sida et la contraception sont donc particulièrement complexes (Spira, 1999).

Cette représentation d'une sexualité adolescente « à risque » n'est pas sans lien avec la conviction de son illégitimité. « [...] l'interprétation scientifique de la sexualité [peut] se changer elle-même et devenir normative dans le sens biologique et élever des prétentions d'ordre moral et social » (Schelsky, 1966: 191). Or le savoir sur le sida et son traitement ne sont justement pas démunis de subjectivité morale (Vidal, 2004). Les démographes Agnès Guillaume et Myriam Khlat ont l'originalité d'expliquer qu'en Afrique subsaharienne, si la sexualité des jeunes est « à risque », ce n'est pas à cause de leur propre comportement, mais à cause de celui de leur entourage et des services de soins: « [...] les jeunes sont particulièrement exposés au sida et aux autres maladies sexuellement transmissibles, mais aussi aux grossesses non prévues du fait du manque d'information et des difficultés d'accès aux services de santé, leur sexualité n'étant pas bien admise socialement » (2004: 2).

---

<sup>207</sup> Alors que les méthodes naturelles exigent une coopération des deux partenaires.

#### 5.4.2.b Une sexualité (féminine) illégitime

Les deux scènes décrites précédemment montrent encore une autre représentation de la sexualité prémaritale: elle n'est pas légitime, ou elle l'est beaucoup moins que l'abstinence. Au cours de la consultation, l'infirmière remet en cause l'activité sexuelle de l'adolescente et son besoin de méthode contraceptive (« Est-ce que c'est ton chéri qui dit qu'il va te laisser si tu ne fais pas ? »). Approximativement, une demie heure de la séance de sensibilisation a été consacrée à la seule abstinence, dix minutes au sujet des préservatifs et peut-être cinq minutes pour évoquer d'autres méthodes contraceptives (en insistant sur les naturelles). Dans une émission de radio sur le thème de la sexualité adolescente et à laquelle participa le même animateur de zone, il se contenta de souligner ses conséquences négatives, sans évoquer une seule fois ni le préservatif, ni les autres méthodes contraceptives. Il en parlait même comme si ces moyens de prévention n'existaient pas (voir annexe n° 3). L'abstinence était aussi le thème principal de la campagne de sensibilisation, et le seul prévu au programme, les suivants ayant surgis suites à des interventions ou des questions provenant de l'audience. Dans les propos des orateurs, l'abstinence fut présentée comme supérieure hiérarchiquement à l'activité sexuelle, ce qui par conséquent, stigmatise cette dernière. Le président du MAJ-ABPF l'a plutôt fait en référence à la morale, alors que l'animateur de zone parla plutôt des risques d'IST et de grossesses. Il est intéressant de voir comment ces deux arguments, tantôt éthiques, tantôt somatiques, s'imbriquent au sein d'un même message (Okonofua, Oronsaye et Otoide, 2001): ceux qui s'abstiennent ont raison, les autres ont tort.

Après cette séance de sensibilisation, j'ai fait part à l'animateur de mon étonnement relatif à cette insistance sur l'abstinence, ce qu'il a justifié en ces termes:

Parler de préservatifs et de contraception à des jeunes qui ne sont pas encore sexuellement actif, c'est les encourager, les exciter à le faire<sup>208</sup>. Alors on parle d'abord des conséquences négatives du sexe, les maladies, les grossesses, afin que les jeunes aient si peur qu'ils ne pensent même pas à y toucher. C'est seulement si le jeune est déjà sexuellement actif, qu'on lui parle des préservatifs et des contraceptifs. Surtout les filles. Si une fille apprend tous ces moyens, elle n'aura plus peur d'une grossesse et alors elle aura des rapports.

Ce genre de campagne tend donc plus à responsabiliser les filles que les garçons (Delaunay et Guillaume, 2007). En plus d'être valorisée, l'abstinence l'est d'autant plus pour les adolescentes et donc, vice et versa, l'activité sexuelle prémaritale féminine est plus stigmatisée encore que son équivalent masculin. D'ailleurs, au cours de la sensibilisation, tous les comportements sexuels jugés négatifs, qui ont été présentés, étaient des comportements

---

<sup>208</sup> « [...] there is a certain demonstrated concern that providing sex education to unmarried adolescents may encourage sexual activity » (Katz, Naré et Tolley, 1997: 21).

féminins, c'est-à-dire la prostitution et le *zapping*. Les jeunes hommes aussi, peuvent multiplier les partenaires, alors que le *zapping* ne se rapporte qu'aux comportements féminins. On peut en tirer la conclusion suivante: s'abstenir est pour un adolescent préférable à l'activité sexuelle, mais si ce n'est pas le cas, il reste cependant à l'abri d'une stigmatisation; par contre, pour les adolescentes, non seulement l'abstinence est préférable, mais une activité sexuelle de leur part est directement reliée à des comportements qualifiés d'« hors normes » et de débauchés<sup>209</sup>.

La valorisation de l'abstinence et son pendant, la dévalorisation de l'activité sexuelle prémaritale, surtout féminine, toutes deux opérées par les employés de l'ABPF, illustrent ce que Vidal qualifie d'« irruption dans la pratique médicale de présupposés moraux » (2004: 108). C'est à cause de ces présupposés qu'en Afrique subsaharienne (dont parlent tous les auteurs qui suivent), « pour les jeunes non mariés, l'accès aux services de planification familiale et de prévention des IST reste souvent difficile et les personnels de santé ne sont pas toujours réceptifs et accueillants. En effet, l'accueil qui leur est réservé est bien souvent emprunt de faible reconnaissance des adultes au droit des adolescents à une sexualité et l'abstinence reste souvent la recommandation première » (Delaunay et Guillaume, 2007: 214). Par conséquent, « la réticence des personnels de santé dans les cliniques de planification familiale constituent encore un frein à leur fréquentation par les jeunes filles » (Bop et Sow, 2004: 66). Adjamagbo, Msellati et Vimard, qui font le même constat, ajoutent à cela que « pourtant, il s'agit bien de la population la plus nombreuse, et la plus exposée, du fait de son inexpérience et de sa situation sociale, aux divers risques qu'il s'agisse du VIH/sida, et plus largement des MST ou bien encore des grossesses à risque » (2007: 65). Tous les autres auteurs qui traitent aussi du thème de l'accès des adolescents aux services de planification familiale en Afrique subsaharienne, partagent ce constat d'un mauvais accueil des prestataires de service à cause de leurs connotations morales condamnant la sexualité prémaritale (Katz, Naré et Tolley, 1997; Guillaume, 2004; Moussa, 2008; Gage, 1998)<sup>210</sup>.

---

<sup>209</sup> Voir le point 5.2.1.b « Un partage sexué de la sexualité ».

<sup>210</sup> Voir le point 5.6 « La question des recommandations finales ».

## **5.5 Interactions entre l'IPPF, l'ABPF, ses employés et la population locale**

### **5.5.1 Décalages représentationnels de la contraception médicalisée**

Selon les lignes officielles de l'IPPF et de l'ABPF, l'extension de l'usage des contraceptifs médicalisés est toujours présentée comme allant dans l'intérêt des populations. En même temps, cette diffusion va aussi dans leurs propres intérêts institutionnels, en tant qu'organisations qui les promeuvent. De fait, pour eux, plus nombreux sont les individus qui pratiquent les méthodes contraceptives médicalisées, mieux c'est, quel que soit leur sexe et leur statut social, éléments à propos desquels ils insistent sur la nécessité de combattre toute discrimination<sup>211</sup>.

Pourtant, les employés de l'ABPF appliquent bel et bien une attitude discriminatoire envers les adolescentes. C'est qu'à l'inverse de ce que prônent l'IPPF et l'ABPF, mais à l'instar de la population locale, ils jugent que la contraception médicalisée ne leur est pas destinée. Cette représentation est donc partagée par tous les acteurs présents à Abomey, résistants, utilisateurs et promoteurs de la contraception médicalisée confondus.

Cependant, elle varie selon le type d'acteurs impliqués. Si les employés de l'ABPF partagent la peur de la débauche avec la population locale, leur savoir médical fait qu'ils ne craignent pas que la contraception entraîne la stérilité. Les membres du MAJ-ABPF qui, eux, font à la fois partie de l'association et de la population locale, sont partagés, selon leur niveau d'information: certains pensent que ces méthodes peuvent rendre stérile, d'autres pas. En revanche, les employés de l'ONG associent la sexualité adolescente au risque du sida, ce qui les amène à promouvoir l'utilisation des préservatifs plutôt que des méthodes contraceptives médicalisées (sans proposer leur combinaison), alors que la population locale, dans son ensemble, se soucie relativement peu de cette maladie. Les membres du MAJ-ABPF sont, à ce sujet, plus proches des agents de l'association que du reste de la population. Une grande partie de ceux qui sont sexuellement actifs m'ont dit utiliser les préservatifs à cause de leur conscience de l'épidémie. Plusieurs d'entre eux m'ont par ailleurs parlé d'une image négative du préservatif et d'une sous-information importante à son sujet: en plus de dire qu'il est

---

<sup>211</sup> Sur les affiches de l'ABBEF accrochées aux murs de la clinique, on peut encore lire: « Tout client de Planning Familial a le droit à l'accès: bénéficier des services sans distinction de sexe, de religion, race, état civil ou lieu de résidence. »

inutile car « il éclate » ou qu'il diminue le plaisir sexuel, on l'accuse de transmettre le sida, particulièrement à travers le lubrifiant ! Il serait, de plus, associé à l'idée de débauche<sup>212</sup>.

L'association de la débauche et de la contraception médicalisée est, quant à elle, partagée par les employés de l'ONG: eux aussi craignent que la contraception médicalisée soit pour les jeunes, et plus spécifiquement pour les jeunes filles, « une porte ouverte à la débauche », comme le dit l'infirmière, ce à quoi elle ajoute: « Un parent peut être sûr que s'il met sa fille sous méthode, elle va sortir. Une jeune fille sans méthode pourra avoir un homme et craindre une grossesse, alors qu'une fille sous méthode va multiplier les hommes ». Précisons cependant que les agents de l'ABPF sont en désaccord avec les membres de la population locale qui pensent la même chose au sujet des femmes adultes. Pour eux, la menace de la débauche se limite donc à l'adolescence. Les membres du MAJ-ABPF sont, comme pour la menace de la stérilité, divisés sur cette question de la relation entre sexualité prémaritale, contraception médicalisée et débauche. L'association compte des jeunes hommes comme des jeunes femmes, certains abstinents, d'autres sexuellement actifs. Les perceptions sont alors influencées par les pratiques de chacun. Par exemple, le président (qui s'abstient lui-même) condamne moralement la sexualité prémartiale, alors que d'autres membres la trouvent normale, voir inévitable<sup>213</sup>. Cette dernière convergence, selon laquelle la contraception médicalisée provoquerait la débauche chez les adolescent(e)s, basée sur une vision illégitime de leur sexualité, rapproche particulièrement les employés de l'ABPF et la population locale, mais les éloigne de l'IPPF.

### **5.5.2 Décalages représentationnels de la sexualité adolescente**

Après la séance de sensibilisation, l'animateur déplora que l'audience comprenait des jeunes sexuellement actifs et d'autres qui ne l'étaient pas encore. Selon lui, « si ça n'avait pas été le cas, ça se serait mieux passé », car il faudrait encourager à l'abstinence ceux qui ne connaissent pas encore la sexualité et, pour les autres, ceux pour qui « il est trop tard », aborder la question du préservatif (et éventuellement des méthodes contraceptives si le sujet était survenu, mais avant tout les méthodes naturelles). Avec cette hétérogénéité du public, le message global a effectivement perdu en cohérence, puisqu'il est devenu double, l'injonction « n'ayez pas de relations sexuelles » étant accompagnée de la suivante: « protégez vos relations sexuelles ».

---

<sup>212</sup> La promotion du préservatif suivant généralement le même schéma « abstinence, fidélité ou préservatif », il est alors associé au manque d'abstinence et à l'infidélité, toutes deux condamnées socialement et associées à l'imaginaire de la débauche sexuelle.

<sup>213</sup> Voir le point 5.6 « La question des recommandations finales ».

L'ambivalence de ce discours met en évidence les divergences entre les principes de l'IPPF et les pratiques des agents sur le terrain. Ce décalage entre leurs représentations montre comment des critères autres que purement professionnels, tirés de normes et de valeurs intériorisées dans d'autres sphères (sur la femme, la débauche, etc.), interviennent ainsi sans cesse dans l'exercice de la profession médicale, comme si le personnel médical n'arrivait pas inclure « une neutralité affective, une suspension de tout jugement normatif, voire une indispensable empathie » dans l'exécution quotidienne de leurs tâches (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003: 14).

Tout cela passe par une tension au sein même de l'ABPF, laquelle se trouve à cheval entre les valeurs de la fédération et des valeurs béninoises. La question de la légitimité de la sexualité adolescente est le pivot d'un décalage entre l'IPPF, l'ABPF, ses employés et la population locale.

Le discours de L'IPPF évoque les adolescents en ces termes: « *They are sexual beings with the right to access services and contraceptives* »<sup>214</sup>. Toute la question réside donc dans le degré d'acceptation des adolescents en tant qu'« êtres sexuels », lequel va en décroissant, selon qu'on se situe dans la perspective de l'IPPF<sup>215</sup>, de l'ABPF, de ses agents ou enfin des Aboméens. Pour ces derniers, la sexualité prémaritale adolescente est clairement illégitime, ce qui, comme on l'a vu, représente un frein à la fréquentation de la clinique par des adolescentes. Peut-être n'est-elle pas aussi illégitime selon le point de vue des employés de l'ABPF, mais elle l'est également, ce qui là aussi, consiste en un autre type de frein, relatif à un accueil emprunt de jugement moral.

Le discours de l'ABPF est le plus ambivalent de tous, se rapprochant tantôt de la représentation d'une sexualité adolescente légitime, celle sans équivoque et sans distinction de sexe de l'IPPF, tantôt de la représentation d'une sexualité adolescente illégitime - d'autant plus si elle est féminine- partagée par la population locale et ses employés. Cette ambivalence se ressent à plusieurs niveaux, dont voici des exemples.

D'un côté, La présidente du MAJ-ABPF national m'a confirmée que la formation officielle que reçoivent les membres du MAJ-ABPF, en matière de promotion envers les autres jeunes, est nationalement organisée selon la hiérarchie « abstinence, préservatif, contraception naturelle et contraception médicalisée ». Ce n'est donc pas

---

<sup>214</sup> Voir [www.ippf.org](http://www.ippf.org). Ce site a été consulté le 28 mai 2008.

<sup>215</sup> Que partage officiellement l'IPPFRA. Le premier point de ses « Objectifs Stratégiques pour 2006-2009 », affichés à la clinique, est le suivant: « Renforcer la capacité des Associations Membres à élargir l'accès des adolescents et des jeunes à des services égalitaires et conviviaux ».

là un phénomène particulier et isolé à la clinique d'Abomey, mais institutionnalisé au niveau national. D'un autre côté, les affiches présentes au siège ou à la clinique qui encouragent les adolescents à éviter les grossesses non désirées, ne font pas appel à un moyen en particulier, c'est-à-dire qu'elles ne valorisent pas spécifiquement l'abstinence ou le préservatif. De plus, Au cours de mes entretiens avec les membres de la direction exécutive, je n'ai jamais remarqué de réticences de leur part à une utilisation adolescente des méthodes médicalisées. L'un d'eux insista d'ailleurs sur l'innocuité du stérilet pour les nullipares.

La pluralité des messages de l'ONG reflète la diversité de positions et de statuts de ses propres membres. Elle fait sens, par ailleurs, puisque ces messages partagent un même objectif: éviter les grossesses non désirées et les IST, que ce soit par le moyen de l'abstinence, du préservatif, de méthodes contraceptives naturelles ou médicalisées. Cette pluralité reflète donc également la diversité des moyens proposés, qui, à son tour, rend compte de l'hétérogénéité du public auquel l'association a à faire. Seulement, l'alternance entre la présence ou l'absence d'une hiérarchisation entre ces divers moyens soulève la position intermédiaire de l'ABPF, à la croisée de deux représentations distinctes et opposées de la sexualité adolescente, l'une la voulant légitime, l'autre pas.

Voilà une incarnation du fait que « le quotidien du développement est plutôt fait de compromis, d'interactions, de syncrétisme [et] de négociations [...] » (Olivier de Sardan, 1995: 14), et que « *new social forms are inherently multivalent and allow for possible ambivalences that can transcend existing divisions, hierarchies and membership groupings* » (Arce et Long, 2000: 21).

## 5.6 La question des recommandations finales

Tous les textes que j'ai cités dans cette dernière partie et qui abordent spécifiquement la question de l'accès des adolescents aux services de planification familiale en Afrique subsaharienne<sup>216</sup> partent implicitement d'une même représentation: la sexualité des adolescents est légitime, et la non reconnaissance de cette légitimité, de la part de la culture locale comme des agents de santé, est un problème. En effet, en leur réduisant l'accès aux services de planification familiale, elle les empêcherait de satisfaire leurs « besoins »<sup>217</sup> en contraception. Plusieurs d'entre eux<sup>218</sup>, pour la plupart démographes, concluent par des recommandations finales afin d'y remédier, s'inscrivant ainsi dans une perspective de recherche appliquée. Je les ai utilisés comme références, car ils me permettaient d'établir des parallèles avec d'autres études où ont été relevés, ailleurs, les mêmes freins à la fréquentation et que, comme le souligne Vidal, « la compréhension de la singularité de l'objet se nourrit de matériaux et d'analyses issus d'autres contextes » (2004: 10). Seulement, je n'essaierai pas, comme eux, de chercher comment éliminer ces freins. Je ne me sens pas nécessairement amenée à le faire, pour plusieurs raisons.

Premièrement, « [...] nous sommes dans l'ordre du constat et de la compréhension des phénomènes, et non dans celui de l'action et de leur transformation » (Olivier de Sardan, 1990: 36). Deuxièmement, se sentir obligée de le faire serait à la fois reproduire la relation « développementiste » établie avec le dit « tiers-monde » sur l'identification et l'éradication d'obstacles « traditionnels » qui bloqueraient le processus du progrès (Arce et Long, 2000: 5), et oublier que les « problèmes » sont des constructions sociales. Troisièmement, et c'est là le point que je vais développer, la sexualité prémaritale adolescente n'est pas en soi légitime ou illégitime; elle ne l'est qu'en référence à des normes sociales et culturelles.

Chercher ici nécessairement des « solutions », serait adhérer à l'idée d'une sexualité adolescente naturellement légitime, qui se trouverait réprimée par la culture locale et que les ONG auraient pour mission de libérer, idée semblable à l'hypothèse répressive que critique Foucault (1976). Cette hypothèse va de pair avec une qualification de la sexualité adolescente comme à la fois réprimée et irrépressible, ou encore inévitable, parce que justement naturelle

---

<sup>216</sup> Guillaume, 2004; Guillaume et Khlal, 2004 ; Delaunay et Guillaume, 2007; Sow et Bop, 2004; Adjamagbo, Msellati et Vimard, 2007; Okonofua, Oronsaye et Otoide, 2001; Katz, Naré et Tolley, 1997; Gage, 1998. Ces auteurs sont démographes, sociologues ou encore spécialistes en santé publique.

<sup>217</sup> Une notion dont Olivier de Sardan souligne la subjectivité (1995).

<sup>218</sup> Guillaume et Khlal, 2004; Delaunay et Guillaume, 2007; Okonofua, Oronsaye et Otoide, 2001; Katz, Naré et Tolley, 1997.

et, par conséquent, légitime. Comme lui, je préfère considérer que plusieurs sources de pouvoir différentes sont en opposition, en conflit sur ce point précis, elles-mêmes constitutives de diverses interprétations de « ce qui est » et de « ce qui devrait être » en matière de sexualité adolescentes, au lieu de réduire ce débat à une seule relation de répression d'un pouvoir unique à une « réalité » réprimée. En effet, les relations entre les défenseurs d'une reconnaissance de la sexualité des adolescents et les défenseurs de leur abstinence sont plus complexes que cela, puisqu'aucun ne réprime la « réalité », mais que chacun participe à sa construction, de façon concurrentielle, défendant sa propre position.

Pour suivre encore un peu la perspective de Foucault (1976), il faut encore ajouter qu'à reconnaître la sexualité des adolescents comme légitime, en soi-disant libérant leur sexualité naturelle et réprimée par la culture, la configuration développementiste et médicale que représentent l'IPPF et l'ABPF cherche à influencer sur elle, à la transformer, en faisant que les adolescents se protègent des IST et des grossesses non désirées. La visibilité des comportements sexuels qu'elle promeut lui permet donc de normaliser ces mêmes comportements, en en valorisant certains et en en stigmatisant d'autres: ainsi parle-t-elle à son tour de « sexualité responsable » - celui qui tantôt s'abstient, tantôt utilise des préservatifs ou d'autres méthodes contraceptives - dont l'opposé serait une sexualité irresponsable, active et sans protection. Rappelons que, toujours selon le même auteur, le contrôle des naissances fait partie intégrante d'une « socialisation des conduites procréatrices » et représente un des quatre éléments principaux du « dispositif de sexualité » (Foucault, 1976: 150), lequel se rattache à « [...] un ensemble de technologies de gouvernement qui visait à discipliner les corps (anatomo-politique) et à réguler les populations (bio-politique). Biopouvoir qui, au-delà de l'affichage humaniste d'une volonté de travailler à la réalisation du bien commun, conduisit à une médicalisation et à une normalisation croissante de la vie individuelle et collective » (Dozon et Fassin, 2001: 346).

D'un côté, des institutions aux objectifs féministes comme l'IPPF dénoncent les pouvoirs masculins exercés sur le corps des femmes. De l'autre, elles agissent au moyen de la biomédecine, qui elle-même exerce également une autre forme de pouvoir sur le corps des utilisatrices (McLaren, 1996), illustrant en partie ce « biopouvoir ». Si Dozon et Fassin font appel à ce concept de Foucault, c'est au sujet des relations intrinsèques que la santé publique entretient avec « le pouvoir »; celle-ci va désormais faire l'objet d'une attention particulière, puisque je ne conclurai pas sur des recommandations finales, mais sur des considérations sur les relations entre l'anthropologie, le développement et la santé publique.

## CONCLUSION

Dans le cadre théorique de ce travail, j'ai avancé l'ambition que celui-ci puisse contribuer à élever un pont entre l'anthropologie et la santé publique, tel que le propose Jaffré (1999 b), justement dans son exemple d'une anthropologie explicative de la fréquentation de structures sanitaires. C'est ce que j'ai fait à propos de la clinique d'une ONG offrant des services de santé publique.

J'ai donc cherché à identifier les raisons pour lesquelles les adolescentes fréquentaient peu la clinique de l'ABPF, en choisissant de me focaliser spécifiquement sur les représentations sociales. J'ai commencé par dresser un tableau analytique des discours des divers résistants, utilisateurs et promoteurs de la contraception médicalisée, dans le cadre de la polémique qui l'entoure à Abomey. Puis, j'ai abordé le thème des relations sociales au sein des pratiques contraceptives, à la clinique, sous les angles spécifiques des rapports soignants/soignés et des rapports de genres. C'est au travers de l'analyse de ces discours et de ces pratiques que j'ai pu identifier les représentations sociales explicatives de la faiblesse de la fréquentation adolescente de la clinique, présentes à la fois du côté de la population locale, c'est-à-dire chez les adolescentes et leur entourage, et des employés de l'association.

J'espère ainsi que ce travail pourra contribuer à une meilleure compréhension des obstacles à la fréquentation adolescente de cette clinique. Certainement, les opérateurs de santé publique et de développement souhaiteraient les éliminer et savoir comment le faire. Seulement, la limite de l'anthropologie en ce sujet, illustrée par le paragraphe précédent, tient dans la distinction même entre anthropologie et santé publique, laquelle « apparaît comme un savoir et un savoir-faire », comme l'affirment Dozon et Fassin dans leur ouvrage *Critique de la santé publique* (2001: 8), sur lequel je baserai la suite de cette conclusion.

Ces deux auteurs considèrent que s'il y a un problème à identifier au niveau des pratiques et de la fréquentation dans l'interaction entre un service de santé publique et ses éventuels publics, ce problème ne doit pas être identifié par la réduction de l'« Autre » à sa culture, ni de la réduction de la culture à un obstacle (Fassin, 2001). S'il y a des solutions à chercher, elles ne doivent pas l'être non plus en sens unique, dans la seule transformation de « l'Autre »; ce que la santé publique a tendance à faire à travers « [...] les analyses en termes de facteurs, de résistances ou d'obstacles culturels qui servent souvent à rendre compte des difficultés des programmes de santé publique en mettant en cause les comportements de leurs destinataires plus volontiers que les pratiques de leurs agents » (Dozon et Fassin, 2001:10).

En effet, ces éventuelles solutions résident aussi dans la nécessité d'une introspection,

voir d'une autocritique de la santé publique elle-même. La représentation négative de la sexualité adolescente que les employés de l'ONG partagent avec la population locale donne un exemple des interférences entre principes théoriques et applications sur le terrain (Mosse, 2004). Quant au décalage entre l'officialité du cadre de la clinique et le non officialité des pratiques à la fois sexuelles et contraceptives des adolescentes, il questionne les capacités adaptatives de certaines mesures à leurs groupes-cibles. En tenant compte tant de la population locale que de la configuration développementiste, et en articulant mon propos autour de leur interaction et de ses enjeux, j'ai donc cherché à dépasser une vision dichotomique d'un simple contact d'une santé publique universelle et active agissant sur une population passive et uniquement « résistante » - résistances à laquelle serait réduite la notion même de « culture » (Fassin: 2001). J'ai ainsi cherché à démontrer qu'on a bel et bien à faire à ce que les mêmes auteurs qualifient d'« interaction entre des codes culturels » différents (Dozon et Fassin, 2001: 10)<sup>219</sup> et à des phénomènes de réappropriation constante - et à différents niveaux - du savoir biomédical. En plus d'une amélioration des savoirs de la santé publique sur ses publics, l'anthropologie peut alors lui permettre de mieux se connaître elle-même, voir d'avoir une certaine conscience d'elle-même qui, lui fait défaut: « [...] la santé publique est une culture qui, pour une large part, se méconnaît elle-même comme telle. [Elle] se perçoit moins clairement comme sous-tendue par des normes et des valeurs, inscrite dans des croyances et des coutumes » (*Ibidem*: 8-9).

Au-delà de se contenter de chercher des explications du côté de la seule culture locale<sup>220</sup>, il m'a donc aussi fallu investiguer du côté de la clinique de l'ABPF. Et au-delà encore des interactions entre ses agents et la population locale, il m'a fallu remonter jusqu'aux aux normes et valeurs de l'ABPF et de l'IPPF, pour identifier spécifiquement l'une d'entre elle: la légitimité de la sexualité adolescente.

Si celle-ci est reconnue sur le plan théorique, officiel et international de la santé reproductive, elle ne l'est pourtant pas localement, ni dans sa mise en pratique par les agents de la configuration développementiste, ni dans le contexte socioculturel aboméen.

---

<sup>219</sup> Autrement dit, « "culture" is something that is as much embedded in the actions of "providers" as it is in those of contraceptive "users" » (Russel et Thompson, 2000).

<sup>220</sup> « [...] l'interprétation culturaliste conduit toujours à ne regarder que du côté des populations pour y rechercher les causes des difficultés rencontrées dans la réalisation d'actions [...] en limitant son enquête aux populations qu'elle contribue à stigmatiser, elle évite toute analyse critique du dispositif d'intervention et de ses agents » (Fassin, 2001: 194).

## Bibliographie

### Ouvrages et articles

ADJAMAGBO Agnès, MSELLATI Philippe, VIMARD Patrice

2007. « Introduction », in: Philippe MSELLATI, Patrice VIMARD, Agnès ADJAMAGBO (Dir.), pp. 11-35. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant. 613 p.

2007. « Conclusion », in: Philippe MSELLATI, Patrice VIMARD, Agnès ADJAMAGBO (Dir.), pp. 602-609. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant. 613 p.

ATTANASSO Odile [et al.]

2007. *Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle: analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001*. Paris: Centre français sur la population et le développement (CEPED). 66 p. (Les Collections du CEPED. Regards sur: La planification familiale en Afrique. Document d'analyses; n° 4)

ARCE Alberto, LONG Norman

2000. « Reconfiguring modernity and development from an anthropological perspective », in: Norman LONG et Alberto ARCE (ED.), *Anthropology, Development and modernities*, pp. 1-31. London: Routledge. 323 p.

AUGE Marc, HERITIER Françoise

2002. « Famille », in: Pierre BONTE et Michel IZARD, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, pp. 273-275. Paris: Presses universitaires de France. 842 p. (Quadrige)

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle

2004. « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine? », in: *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 22, n°3, pp. 117-142

BERNARDI Bruno

2002. « Age », in: Pierre BONTE et Michel IZARD, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, pp. 31-33. Paris: Presses universitaires de France. 842 p. (Quadrige)

BIERSCHENK Thomas

1988. « Development projects as an area of negotiation for strategic groups. A case study from Benin », in: *Sociologia ruralis*, 28(2-3). pp.113-145

BIERSCHENK Thomas, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre

1998. « Les arènes locales face à la décentralisation et à la démocratisation. Analyses comparatives en milieu rural béninois », in: Thomas BIERSCHEK et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (Dir.), *Les pouvoirs au village: le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, pp. 11-51. Paris: Karthala. 296 p. (Les Afriques)

BONNET Doris, GUILLAUME Agnès

2004. « La santé de la reproduction: une émergence des droits individuels », in: Agnès GUILLAUME et Myriam KHLAT (Ed.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, pp. 11-34. Paris: CEPED. 160 p. (Les collections du CEPED)

BOP Codou, SOW Fatou (Dir.)

2004. *Notre corps, notre santé: la santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne*. Paris: L'Harmattan. 364 p.

BOUILLON Florence

2006. « Pourquoi accepte-t-on d'être enquêté: Le contre-don, au cœur de la relation ethnographique. », in: Florence BOUILLON, Marion FRESIA, Virginie TALLIO (Dir.), *Terrains sensibles: expériences actuelles de l'anthropologie*. pp. 75-95. Paris: Centre d'études africaines EHESS. 208 p. (Dossiers africains). 2<sup>ème</sup> tirage.

BOUILLON Florence, FRESIA Marion, TALLIO Virginie

2006. « Introduction. Les terrains sensibles à l'aune de la réflexivité. », in: Florence BOUILLON, Marion FRESIA, Virginie TALLIO (Dir.), *Terrains sensibles: expériences actuelles de l'anthropologie*. pp. 13-28. Paris: Centre d'études africaines EHESS. 208 p. (Dossiers africains). 2<sup>ème</sup> tirage.

BOURDIEU Pierre

1998. *La domination masculine*. Paris: Seuil. 142 p. (Liber)

1990. « La domination masculine », in: *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n°84

BOZON Michel

2001. « Sexualité et genre », in: Jacqueline LAUFER, Catherine MARRY et Margaet MARUANI (Dir.), *Masculin-féminin : questions pour les sciences de l'homme*, pp. 169-186. Paris : Presses Universitaires de France. 246 P. (Sciences sociales et sociétés).

BROWNER Carole H., SARGENT Carolyn F.

1996. « Anthropology and studies of human reproduction », in: Carolyn F. SARGENT et Thomas M. JOHNSON (Ed.), *Medical anthropology: contemporary theory and method*, p. 219-234. Rev. ed. Westport Conn. London: Praeger. 557 p.

COHEN Philippe

2002. « Le chercheur et son double. A propos d'une recherche sur le vécu des jeunes de la Réunion face au Sida », in Christian GHASARIAN (Dir.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive: nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. pp. 73-89. Paris: A Collin. 248 p. (U Anthropologie)

COPPO Piero, PISANI Lelia, WALET OUMAR Fadimata

1990. « Les itinéraires thérapeutiques », in: Pierro COPPO et Arouna KEITA (Dir.), *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, pp. 7-52. Trieste: Edizioni E. 320 p. (Collection scientifique)

DELAUNAY Valérie, GUILLAUME Agnès

2007. « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », in: Philippe MSELLATI, Patrice VIMARD, Agnès ADJAMAGBO (Dir.), pp. 211-263. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant. 613 p.

DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier

2001. « Introduction: l'universalisme bien tempéré de la santé publique », in: Didier Fassin et Jean-Pierre DOZON (Dir.), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, pp. 7-19. Paris: Balland. 361 p. (Voix et regards)

2001. « Conclusion: entre culture et politique. L'espace problématique d'une anthropologie de la santé », in: Didier Fassin et Jean-Pierre DOZON (Dir.), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, pp. 343-353. Paris: Balland. 361 p. (Voix et regards)

ERNY Pierre

1988. *Les premiers pas de la vie de l'enfant d'Afrique noire: naissance et première enfance*. Paris: L'Harmattan. 358 p.

FALL Abdou Salam, GADOU Dakouri, VIDAL Laurent, (conclusion)

2005. « Conclusion: Les professionnels de santé à l'épreuve de la routine », in: Laurent VIDAL (Dir.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest: entre savoirs et pratiques*, pp. 301-314. Paris: L'Harmattan. 328 p. (Logiques sociales)

FASSASSI Raïmi

2007. *Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle: rapport de synthèse*. Paris: Centre français sur la population et le développement (CEPED). 67 p. (Les Collections du CEPED. Regards sur: La planification familiale en Afrique. Document d'analyses; n° 7)

FASSIN Didier

1994. « Penser les médecines d'ailleurs. La reconfiguration du champ thérapeutique dans les sociétés africaines et latino-américaines », in: Pierre AÏACH et Didier FASSIN (Dir.), *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, p.339-362. Paris: Anthropos. 364 p. (Sociologiques)

2001. « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », in: Didier Fassin et Jean-Pierre DOZON (Dir.), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, pp.181-208. Paris: Balland. 361 p. (Voix et regards)

FAURE-SOULET Jean-François

2002. « Malthusianisme et néo-malthusianisme », in: *Encyclopedia universalis*, pp. 255-257, Vol. 14. Paris: Encyclopedia universalis

FINOUDE Mathias, GBEDJISSOKPA Gabriel, SONON Gustave

2008. Étude d'évaluation des associations membres en matière d'accès aux services de Santé Sexuelle et de Reproduction (SSR). Rapport d'étude. IPPFRA. 117 p.

FOUCAULT Michel

1976. *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard. 211 p. (Histoire de la sexualité; Michel Foucault; 1)

GAUTIER Arlette

2004. « Introduction », in: Arlette GAUTIER (Ed.), *Les politiques de planification familiale: cinq expériences nationales*, p. 1-24. Paris: Centre français sur la population et le développement (CEPED). 231 p. (Les Collections du CEPED. Rencontres)

2002. « Les politiques de planification familiale dans les pays en voie de développement: du malthusianisme au féminisme ? », in: *Lien social et politiques*, n° 47, pp. 67-81

GHASARIAN Christian

2002. « Introduction. Sur les chemins de l'ethnographie réflexive », in Christian GHASARIAN (Dir.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive: nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. pp. 5-33. Paris: A Collin. 248 p. (U Anthropologie)

GUILLAUME Agnès

2004. « Les pratiques contraceptives. », in: Agnès GUILLAUME et Myriam KHLAT (Ed.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, pp. 55-72. Paris: CEPED. 160 p. (Les collections du CEPED)

GUILLAUME Agnès, KHLAT Myriam

2004. « Introduction », in: Agnès GUILLAUME et Myriam KHLAT (Ed.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, pp. 1-10. Paris: CEPED. 160 p. (Les collections du CEPED)

HERITIER Françoise

2002. *Masculin/féminin II: dissoudre la hiérarchie*. Paris: O. Jacob. 443 p.

1996. *Masculin/féminin I: la pensée de la différence*. Paris: O. Jacob. 332 p.

HOBSBAWM Eric

2006. « Introduction: Inventer des traditions », in: Eric HOBSBAWM et RANGER Terence (Dir.), *L'invention de la tradition*, pp. 11-25. Paris: Editions Amsterdam. 370 p.

JAFFRE Yannick

1999 a. « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », in: *Bulletin/APAD*, n°17, p.63-70

1999 b. « Conclusion », in: Yannick JAFFRE et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (Dir.), *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, pp.359-369. Paris: PUF. 374 p. (Les champs de la santé)

JAFFRE Yannick, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre

2003. « Un diagnostic socio-anthropologique: des centres de santé malades », in: Yannick JAFFRE et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (Dir.), *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entres soignants et soignés dans les cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, pp. 51-102. Paris: Karthala; Marseille: APAD. 462 p. (Hommes et sociétés)

1999. *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: PUF. 374 p. (Les champs de la santé)

KOSSOU Toussaint Basile

1983. *SE et GBE. Dynamique de l'existence chez les Fon*. Paris: La pensée universelle. 311 p.

LABOURET Henri

1929. « La parenté à plaisanteries en Afrique occidentale », dans: *Africa: Journal of the International African Institute*, Vol. n° 2, n° 3, pp. 244-254

LAPLANTE André

1973. « “Planning” traditionnel au Mali », in: CENTRE DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL, *Education sexuelle en Afrique tropical: compte rendu d'un séminaire interafricain tenu à Bamako du 16 au 25 avril 1973*, pp. 54-60. Ottawa: Centre international pour le développement international. 124 p.

LE PETIT ROBERT

2002. « Planification familiale », sous « Planning ». Paris: Dictionnaire Le Robert, p.1968

2002. « Santé publique », sous « Santé ». Paris: Dictionnaire Le Robert, p.2361

LONG Norman

2000. « Exploring local/global transformations: a view from anthropology », in: Norman LONG et Alberto ARCE (ED.), *Anthropology, Development and modernities*, pp. 184-201. London: Routledge. 323 p.

McLAREN Angus

1996. *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours*. Paris: Ed. Noësis. 413 p. Traduit de: *A history of contraception from Antiquity to the present day*

MFITZSCHE, Mika R.

1998. *Enjeux éthiques de la régulation des naissances en Afrique. Sexualité, fécondité, développement*. Louvain-la-Neuve : Actuel. 162 p.

MOSSE David

2004. « Is good policy unimplementable ? Reflections on the ethnography of aid policy and practice », in: *Development and change*, pp. 639-671, Vol. 35, n°4 (Septembre 2004)

MOUSSA Hadiza Abdallah

2008. Entre absence et refus d'enfants: Socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger. Thèse d'Anthropologie Sociale. Marseille: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre

1995. *Anthropologie et développement: essai en socio-anthropologie du changement social*. Marseille: APAD; Paris: Karthala. 221 p. (Hommes et sociétés)

1990. « Sociétés et développement », in: Didier FASSIN et Yannick JAFFRE (Coord.), *Sociétés, développement et santé*, pp. 28-37. Paris: Ellipses. 287 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

1996. *Choix de méthodes contraceptives: guide théorique et pratique*. Genève: OMS. 143 p.

ONDAYE Gérard

1973. « Mise en garde d'un médecin africain », in: CENTRE DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL, *Education sexuelle en Afrique tropical: compte rendu d'un séminaire interafricain tenu à Bamako du 16 au 25 avril 1973*, pp. 15-16. Ottawa: Centre international pour le développement international. 124 p.

POUILLON Jean

2002. « Tradition », in: Pierre BONTE et Michel IZARD, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, pp. 710-712. Paris: Presses universitaires de France. 842 p. (Quadrige)

QUENUM Maximilien

1999. *Au pays des Fons: us et coutumes du Dahomey*. Paris: Maisonneuve et Larose. 170 p. (Références. Maisonneuve et Larose). 3<sup>ème</sup> Ed. 1<sup>ère</sup> Ed. 1936

RICHARD Jean-Luc

2001. Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin). Thèse de géographie de la santé. Neuchâtel: Université de Neuchâtel

ROLLET Catherine

2006. *La population du monde. 6,5 milliards, et demain ?* Paris: Larousse. 128p. (Petite encyclopédie)

RUSSEL Andrew, THOMPSON Mary S.

2000. « Introduction », in: Andrew RUSSEL, Mary S. THOMPSON et Elisa J. SOBO (Ed.), *Contraception across cultures: technologies, choices, constraints*, pp. 3-25. Oxford: Berg. 252 p. (Cross-cultural perspectives on women; 22)

SAVARY Claude

1975. *Dahomey: traditions du peuple fon: du 4 juillet au 30 décembre 1975*. Genève: Musée d'ethnographie. 95 p. (Exposition)

1976. La pensée symbolique des Fõ du Dahomey: tableau de la société et étude de la littérature orale d'expression sacrée dans l'ancien royaume du Dahomey. Thèse de Lettres, Université de Neuchâtel. Genève: Ed. Médecine et Hygiène. 396 p.

SCHELISKY Helmut

1966. *Sociologie de la sexualité*. Paris: Gallimard. 251 p. (Idées; 103). Traduit de: Soziologie der Sexualität

SPIRA Alfred

1999. « Contraception et protection contre les MST: Peut-il exister une solution unique ? », in: Etienne-Emile BAULIEU, Françoise HERITIER, Henri LERIDON (Dir.), *Contraception: contrainte ou liberté ?*, pp. 257-291. Paris: O. Jacob. 305 p. (Travaux du Collège de France)

TABET Paola

1998. *La construction sociale de l'inégalité des sexes: des outils et des corps*. Paris: L'Harmattan. 306 p. (Bibliothèque du féminisme)

VIDAL Laurent

2005. « L'instant de vérité: glissement de l'objet à son écriture en anthropologie », in: *L'Homme: revue française d'anthropologie*. Paris. N°173, pp. 47-74

2004. *Ritualités, santé et sida en Afrique: pour une anthropologie du singulier*. Paris: Karthala: IRD. 209 p. (Hommes et sociétés)

## Articles et liens disponibles en ligne

ANDRO Armelle, HERTRICH Véronique

2001. « La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? ». *Population (French Edition)*, 56<sup>ème</sup> Année, n° 5 (Sept. - Oct., 2001), pp. 721- 771. Institut National d'Etudes Démographiques. *JSTOR* [En ligne] <http://www.jstor.org/stable/1534884> [Page consultée le 27.5.08]

ASSOCIATION « COURANTS DE FEMMES »

<http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Benin/ABPF/ABPF.html> [Page consultée le 28.5.08]

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA)

<http://benin.unfpa.org> [Page consultée le 28.5.08]

GAGE Anastasia J.

1998. « Sexual Activity and Contraceptive Use: The Components of Decision-making Process », *Studies in Family Planning*, Vol. 29, n° 2, Adolescent Reproductive Behaviour in the Developing World, (Jun. 1998), pp. 154-166. Population Council. *JSTOR* [En ligne] <http://www.jstor.org/stable/172156> [Page consultée le 27.5.08]

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF)

Site: [www.ippf.org](http://www.ippf.org) [Page consultée le 28.5.08]

KATZ Karen, NARE Christine, TOLLEY Elizabeth

1997. « Adolescent's Access to Reproductive Health and Family Planning Services in Dakar (Senegal) », *African Journal of reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, Vol. 1, n° 2 (Sep., 1997), pp. 15-25. Women's Health and Action Research Centre (WHARC). *JSTOR* [En ligne] <http://www.jstor.org/stable/3583373> [Page consultée le 27.5.08]

MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN

1994. « *Situation analysis of the Benin family planning program. Preliminary report.* » <http://www.popline.org/docs/1421/168406.html> [Page consultée le 28.5.08]

OKONOFUA Friday E., O., ORONSAYE Frank, OTOIDE, Valentine

2001. « Why Nigerian Adolescents Seek Abortion Rather than Contraception: Evidence from Focus-Group Discussions », *International Family Planning Perspectives*, Vol. 27, n° 2 (Jun.2001), pp. 77-81. Guttmacher Institute. *JSTOR* [En ligne] <http://www.jstor.org/stable/2673818> [Page consultée le 27.5.08]

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

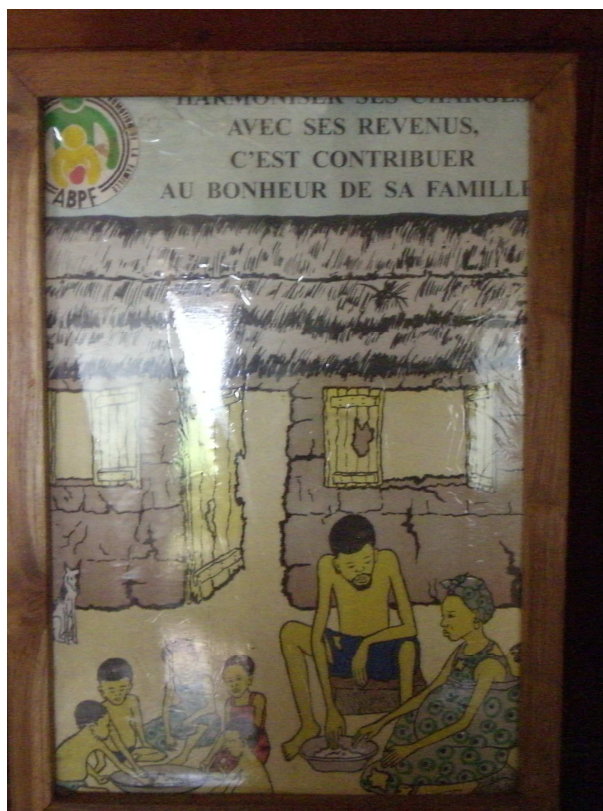
2006. *Country Health System Fact Sheet 2006, Benin*, Disponible en ligne sous: [http://www.afro.who.int/home/countries/fact\\_sheets/benin.pdf](http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/benin.pdf) [Page consultée le 28.5.08]

SCHINTZ Olivier

2002. « Pourquoi les ethnologues s'établissent en enfer ? Maîtrise de soi, maîtrise de son terrain. ». *Ethnographiques.org* [Enligne] n°1 (avril2002). <http://www.ethnographiques.org/2002/Schinz.html> [Page consultée le 2.4.08]

## Annexes

**Annexe n° 1: photo d'une affiche de l'ABPF, présente dans la clinique d'Abomey:  
« Harmoniser ses charges avec ses revenus, c'est contribuer au bonheur de sa famille »**



**Annexe n° 2: photo d'une affiche de l'ABPF, présente dans la clinique d'Abomey:  
« Pour une meilleure qualité de vie, œuvrons tous ensemble pour une fécondité responsable ! »**



### **Annexe n°3: Emission de radio, Radio Royale, Abomey, 29 janvier 2008 à 17 h.**

Participants: une animatrice de la radio et l'animateur de zone du Zou de l'ABPF

Traduction du Fon

L'animatrice de radio salue tout le monde, puis dit:

« Le bien-être de nos jeunes enfants est dans nos recherches, nos jeunes filles et jeunes garçons n'atteignent pas un âge donné avant de commencer [à avoir des rapports sexuels], pourquoi cela ? Et si tel était le cas, qu'est ce que cela pouvait amener ? Si toi, parent, tu as un enfant qui le fait déjà, quelle attitude auras-tu ? Nous voyons que nos enfants, filles et garçons, s'engagent déjà dans le rapport sexuel. Qu'est-ce qui amène cela ? Comment feras-tu pour que cette attitude diminue ? »

- L'animateur de l'ABPF: « Nos enfants, filles et garçons, devraient avoir un âge donné [avant d'avoir des rapports sexuels] mais, actuellement, ça ne se passe pas comme ça. Dans nos recherches, nous avons vu qu'une fille âgée de 18 ans n'est plus vierge. Nous allons parler de cela. »

- L'animatrice: « Est-ce que vous parlez de l'évolution de la vie ? Est-ce qu'on peut demander à une fille de 18 ans si elle est vierge ? Avec l'évolution, est-ce qu'on pourra lui demander ça ? Est-ce qu'elle est vilaine [physiquement]? Villageoise ? »

- L'animateur: « Nous voulons que nos filles aient un âge avant d'avoir des rapports sexuels. Garçons ou filles doivent être indépendants avant de penser aux rapports sexuels. »

- L'animatrice: « Si l'homme ou la femme a son premier rapport, ça ne signifie pas que ce sont des gens mariés. Est-ce que cela est mauvais ? »

- L'animateur: « Oui, et chemin faisant, je vais plus expliquer cela. Par exemple, avant, les parents choisissaient les conjoints, alors que maintenant, les jeunes les choisissent eux-mêmes et, parfois, ils ne les présentent même pas à leurs parents. »

- L'animatrice: « Avez-vous cherché à savoir pourquoi ? »

- L'animateur: « Ca dépend de l'éducation des enfants. Et maintenant, manger c'est problème, aller à l'école c'est problème. Toi, parent, tu ne te préoccupes pas de cela, si l'enfant doit manger et aller à l'école, tu ne t'en préoccupes pas. En considérant tout ça, l'enfant peut commencer ces choses en ville, c'est-à-dire si les parents ne s'occupent pas de leur fille et qu'elle rencontre quelqu'un en ville qui va lui faire ces choses, lui offrir un portable, lui faire un cadeau, lui acheter une mobylette, la fille qui n'a pas encore la volonté d'aller vers un garçon, dans ces conditions, elle va quand même s'empresse de le faire. Les parents doivent parler avec leurs enfants de sexualité, ils doivent les prévenir des dangers qu'ils courent, afin qu'ils ne commettent pas de sexualité précoce. »

- L'animatrice: « Si malgré tout ce que nous sommes en train de dire, il n'y a pas d'améliorations, quelle conséquences aurions-nous ? »

- L'animateur: « Il y a trop de conséquences sur la vie des hommes. Comme je n'ai pas pris tout mon temps avant de poser l'acte, homme ou femme, ce que tout ça entraîne, c'est beaucoup. Qu'est-ce que ça pourra amener ? Grossesses non désirées et ça pourrait te surprendre. La fille qui marche, tout le monde veut l'appeler. Et il regarde sa corpulence, sa marche et la fille entend tout ça, hors le papa lui a déjà tout expliqué: "Dans la ville, tu dois adopter une telle position envers les garçons, tu dois porter un habit tel, tu dois bien t'habiller, si tu portes tel habit, les garçons vont trop te déranger. Tu dois bien contrôler ta marche, faut savoir bien parler aux hommes." Tout ça là, ce sont les conseils de papa et elle doit prendre ça au sérieux. Donc, si elle rencontrait un homme en chemin, elle saura comment s'y prendre. Elle se dira: "Ah ! Papa m'a déjà dit telle chose." »

- L'animatrice: « Sinon, l'enfant ira ailleurs. Elle doit s'en souvenir automatiquement. Et concernant le bien-être de la famille ou des enfants, avez-vous quelque chose à dire ? »

- L'animateur: « Les jeunes n'ont qu'à prendre tout leur temps, nous avons déjà dit entre temps, ici, qu'il peut y avoir des grossesses non désirées et si le cas arrivait, tu diras que tu vas avorter et il y aura des conséquences. Nous avons demandé aux parents de prodiguer des conseils aux enfants, pour que la maison soit en paix, que chacun ait la paix. »

- L'animatrice: « Je te remercie. Beaucoup de choses se passent dans les familles, c'est pourquoi nous avons abordé ce sujet. »