

Université de Montréal

**Communication en planification familiale
et représentations collectives au Bénin**

par

Edmond Bernadin Kifouly

Département de Communication

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

En vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M. SC.)

en sciences de la communication

Décembre, 1999

© Edmond Bernadin Kifouly, 1999



P

90

U54

2001

V.006

Handwritten notes and text, mostly illegible due to blurriness and low contrast.

Handwritten notes and text, mostly illegible due to blurriness and low contrast.

Handwritten notes and text, mostly illegible due to blurriness and low contrast.

Handwritten notes and text, mostly illegible due to blurriness and low contrast.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

**Communication en planification familiale
et représentations collectives au Bénin**

Présenté par:

Edmond Bernadin Kifouly

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

James Renwick Taylor, Président-Rapporteur

**André A. Lafrance, Directeur de recherche et
membre du jury**

Annie Méar, Membre du jury

Mémoire accepté le *16 août 2000*

SOMMAIRE

Depuis la conférence de Alma-Ata en 1978 qui a défini les soins de santé primaires comme des soins universellement accessibles à tout le monde et à un moindre coût, les pays africains ont donné la priorité à l'éducation pour la santé comme une approche qui favorise l'adoption d'un comportement sain.

Dans les régions rurales du Bénin où les médias de masse ont une portée assez limitée, les agents de santé sont chargés d'informer et d'éduquer les populations dans le domaine de la planification familiale. Notre étude se propose d'étudier le processus de construction des messages d'information, d'éducation et de communication en matière de planification familiale par les agents de santé, singulièrement des sages-femmes et leur perception des bénéficiaires. De façon plus spécifique, l'étude vise à apprécier leurs rôles dans la pratique de l'éducation pour la santé en planification familiale, les réactions des bénéficiaires des prestations, et l'influence des institutions financières et de l'encadrement.

Pour atteindre cet objectif, nous avons pensé que le processus d'éducation pour la santé donc de communication avec les groupes sociaux peut être conçu soit par une approche mass-médiatique, soit par une approche de changement psychosocial ou enfin par une structuration à partir du groupe ou de la société en tenant compte de ses valeurs.

La recherche s'est fait auprès des sages-femmes qui travaillent dans six centres de santé du Nord-Bénin, retenues par un choix raisonné. Nous avons procédé à l'enregistrement des récits professionnels de six sages-femmes. Les thèmes recensés dans les récits comme l'approche pédagogique, le contenu des messages, les représentations collectives des populations ont fait l'objet d'analyse pour en dégager

les différents niveaux de sens qui structurent la perception des femmes rurales bénéficiaires de l'Information, Éducation, Communication en Planification familiale.

Les résultats de notre recherche montrent que les sages-femmes transmettent au cours des causeries éducatives un message qui est largement contraire à la réalité des femmes rurales, avec un contenu qui véhicule la peur ou la menace; de plus, les femmes des milieux ruraux ne se reconnaissent pas à travers ces messages dans lesquels les valeurs culturelles et les représentations collectives notamment le sexe et l'enfant, sont occultées ou qualifiées de freins à la communication. Les formes traditionnelles de contraception demeurent d'actualité en milieu rural et pour contourner l'autorité des conjoints et les résistances de tout genre, les sages femmes utilisent une pratique contraceptive dite « clandestine ».

Plusieurs implications se dégagent de ces résultats à savoir la formulation d'une communication plus ancrée dans la culture et qui tient compte des dimensions culturelles de la personne et de la structure socio-affective. Pour ce faire, il faut redéfinir la santé et la formation des prestataires pour une Information, Éducation, Communication moins formelle mais qui s'appuie sur le dispositif culturel, condition indispensable aux agents de santé pour appréhender les réalités de la société à travers les discours des bénéficiaires.

Mots-clés: Communication, Planification familiale, Sexe, Représentations collectives, Bénin.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	III
Liste des figures et cartes	VIII
Liste des abréviations	IX
Remerciements	X
 INTRODUCTION	 1
 Chapitre I.– CONTEXTE, CADRE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE ...3	 3
1.1.Le Contexte.....	3
1.Le milieu d'enquête au Nord du Bénin.....	3
2.L'éducation pour la santé et l'Information, Éducation, Communication IEC.....	10
3.Les éléments de la politique nationale en Information, Éducation, Communication (IEC).....	12
1.Les considérations lointaines	13
2.Les considérations récentes.....	14
1.2.Les éléments du cadre théorique.....	15
1.Le modèle technique ou modèle de l'idéologie dominante.....	16
2.le modèle centré sur le changement psychosocial.....	18
3.Le modèle de la communication par structuration.....	21
1.3. La problématique.....	27
1. L'angle privilégié d'étude.....	27
2. Les objectifs.....	32

Chapitre II. – MÉTHODOLOGIE.....	33
2.1. L'échantillon.....	33
2.2. La collecte.....	34
2.3. L'édition.....	34
2.4. L'analyse.....	35
2.5. La validité.....	36
2.6. Les difficultés méthodologiques.....	37
Chapitre III. – ANALYSE DES RÉCITS.....	39
3.1. La comparaison paradigmatique des récits.....	39
1.1. La formation et la pratique des sages-femmes.....	39
1.2. Les coutumes, les mœurs et la religion.....	44
1.3. Les leçons retenues et le suivi des activités.....	51
3.2. L'analyse du récit de référence.....	54
2.1. Le résumé du récit.....	54
2.2. La communication et les représentations collectives.....	61
1. Le contenu et le style de communication.....	62
2. La femme dans la famille.....	67
3. La planification familiale et la culture.....	73
4. La culture et le champ d'occultation.....	80
5. La planification et le réseau social.....	81
6. Le pouvoir technique et institutionnel.....	83

Chapitre IV. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	90
4.1. Les réseaux sociaux en communication.....	90
4.2. Les implications des résultats de recherche.....	92
4.3. Une communication ancrée dans la culture.....	97
4.4. Les pistes de recherche.....	101
CONCLUSION.....	102
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	104
ANNEXES.....	111
1. Guide d'entretien.....	A
2. Interview d'un planificateur de programme.....	B
3. Tableaux synoptiques des récits des femmes.....	E

Liste des Cartes

Situation du Bénin en Afrique.....	4
République du Bénin.....	5

Liste des Figures

Figure 1: Le modèle technique.....	25
Figure 2: Le modèle de changement psychosocial.....	26
Figure 3: La communication encrée dans la culture.....	100

Liste des sigles et abréviations

I.B.: Initiative de Bamako

C.R.E.D.E.S.A.: Centre régional pour le développement et la santé.

UNICEF: Fonds des nations-unies pour l'enfance.

UVS: Unité villageoise de santé.

SIDA: syndrome d'immunodéficience acquise.

Km: kilomètre.

AVS: agent villageois de santé.

F.CFA.: franc de la communauté financière africaine.

IEC: Information, Éducation, Communication.

OMS: Organisation Mondiale de la Santé.

FNUAP: Fonds des nations-unies pour les activités de population.

M.P.: Ministère du Plan.

M.S.P: Ministère de la santé publique.

M.S.: marketing social.

CIPD: Conférence Internationale sur la population et le Développement.

Remerciements

Cette étude est une suite de narrations sous la forme de paroles « données » que nous avons reçu des sages-femmes à la manière de « prêts ». Nous en avons fait une interprétation, « notre » interprétation que nous espérons fidèle.

Cette « ré-écriture » des paroles se poursuivra à travers l'appréciation des membres du jury à qui nous formulons par avance toute notre gratitude.

Nos remerciements vont tout particulièrement à

Monsieur André Lafrance, professeur de communication et directeur de mon mémoire pour son encadrement de qualité.

Je remercie aussi

Monsieur Gilles Bibeau, professeur d'Anthropologie de la santé et co-directeur du mémoire. Puisse ce travail répondre à l'effort que vous avez investi dans la supervision de mon travail.

Je ne peux non plus oublier monsieur James Taylor dont la sagesse et les conseils m'ont donné confiance à Montréal pour y faire une maîtrise.

J'associe toutes les personnes et institution suivantes au succès:

Aimé Avolonto dont le soutien ne m'a jamais fait défaut.

Cosme Quenum, pour m'avoir inspiré le choix d'un cours d'anthropologie de la santé et apporté par ailleurs les encouragements nécessaires durant mon séjour à Montréal.

Aloys Hakizimana, pour ton encadrement spontané et très efficace.

Docteur Robert Cazal : Par une session d'hiver très froid, l'anthropologie de la santé nous a réunis tel un feu pour apprendre à travers les récits des malades et des griots. Trouve à travers cette étude, le reliquat de nos réflexions multiculturelles et le symbole de notre réciproque attachement.

Les sages-femmes dont les témoignages constituent une richesse incommensurable.

Le Centre de Recherche pour le Développement International (C.R.D.I.) : Par votre soutien financier, vous avez contribué à la réalisation d'une importante réflexion.

À

Bernice, Henri et Marleine,

Ce travail est une infime récompense pour vos rêves d'enfants, précocement attachés au bien-être des autres.

À

Éléonore, ma mère... et Éléonore, mon épouse...

Afin que ce travail vous rende plus heureuses à travers le bonheur de toutes les femmes béninoises.

Introduction

La fin du XXI^{ème} siècle marque la grande cassure entre le monde occidental confronté essentiellement aux maladies chroniques, aux invalidités et au stress, et les pays en développement qui se débattent encore avec les maladies émergentes ou ré-émergentes (choléra, fièvre jaune, sida, tuberculose, etc.) et une forte mortalité maternelle et infantile sur fond de poussée démographique et de malnutrition.

Les soins de santé primaires consacrés par la Conférence d'Alma Ata en 1978, ont constitué la base des politiques de santé dès la fin des années 70. Les politiques de santé en Afrique donnent de plus en plus une place de choix à la PF au regard du taux élevé de la mortalité maternelle dans un contexte de sous développement chronique.

Au Bénin, la PF constitue une priorité en matière de santé. Les prestations dans ce domaine concernent le choix ou la consolidation d'une méthode et d'une pratique contraceptive soutenue par l'éducation pour la santé. Dans les régions rurales où les médias de masse ont une portée limitée, les agents de santé sont chargés d'informer et d'éduquer les populations dans le domaine de la PF. Toutes les études s'accordent cependant à reconnaître que l'acquisition des connaissances n'est pas toujours suivie des pratiques contraceptives souhaitées.

Nous nous proposons d'étudier le processus de construction des messages d'information, d'éducation et de communication pour la PF par les agents de santé, singulièrement par les sages-femmes et leurs perceptions des bénéficiaires. De façon plus spécifique, l'étude vise à apprécier les rôles de ces acteurs (professionnels de santé) dans la pratique de l'éducation pour la santé, les réactions des bénéficiaires des

prestations, et enfin, l'influence des institutions de financement et d'encadrement.

L'intérêt de cette démarche s'appuie sur un triple constat:

Tout d'abord, l'éducation pour la santé connaît un regain de ferveur dans les prestations de santé et en particulier dans les activités de contrôle de la population. C'est le cas de la PF depuis une vingtaine d'années.

Deuxièmement, les agents de santé de première ligne (infirmiers, infirmières et sages femmes) ont la responsabilité professionnelle de mettre en œuvre tous les programmes de santé au sein des communautés y compris les activités d'information, d'éducation et de communication pour la santé. Enfin, les résultats issus des activités de planification sont encore très faibles.

Nous divisons notre étude en cinq chapitres. Dans le premier chapitre, nous exposons le contexte, le cadre théorique, la problématique et fixons les objectifs. Le deuxième nous permet de détailler la méthodologie utilisée. Le troisième résume le récit de référence utilisé pour l'analyse. Le quatrième chapitre expose l'analyse qualitative des données. Enfin, le cinquième et dernier chapitre met en évidence les difficultés rencontrées, les limites de la méthodologie et la discussion des résultats notamment.

CHAPITRE 1 : Contexte, cadre théorique et problématique

1.1. Contexte

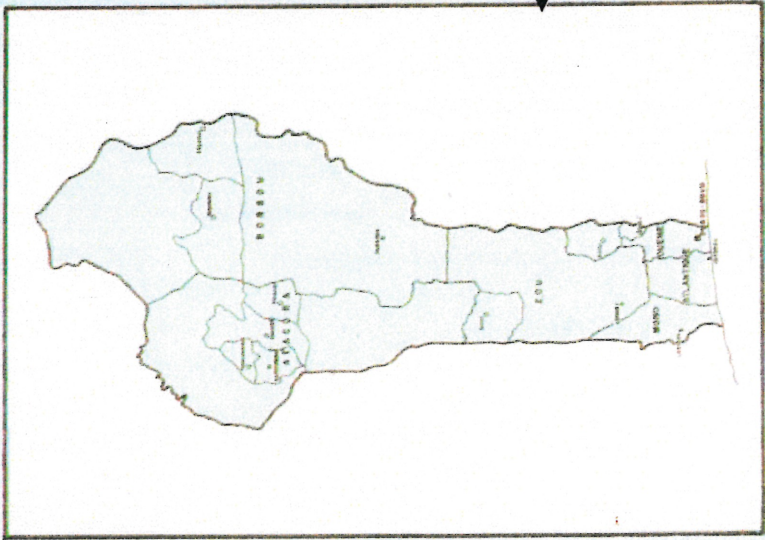
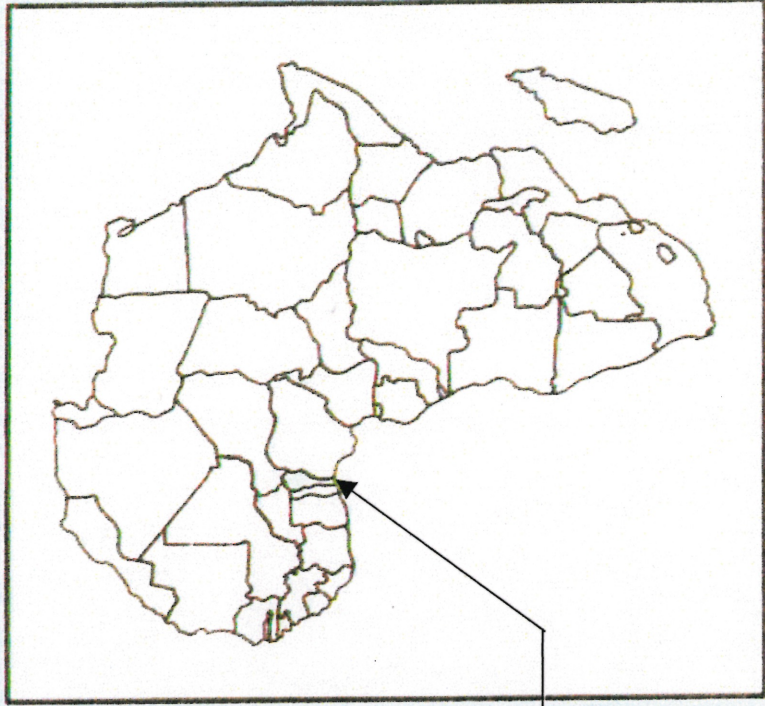
Ce chapitre présente le système de santé au Bénin, l'évolution de la notion d'éducation pour la santé et la politique de PF pour terminer sur l'angle défini pour la recherche.

1.1.1. Le milieu d'enquête au Nord Bénin

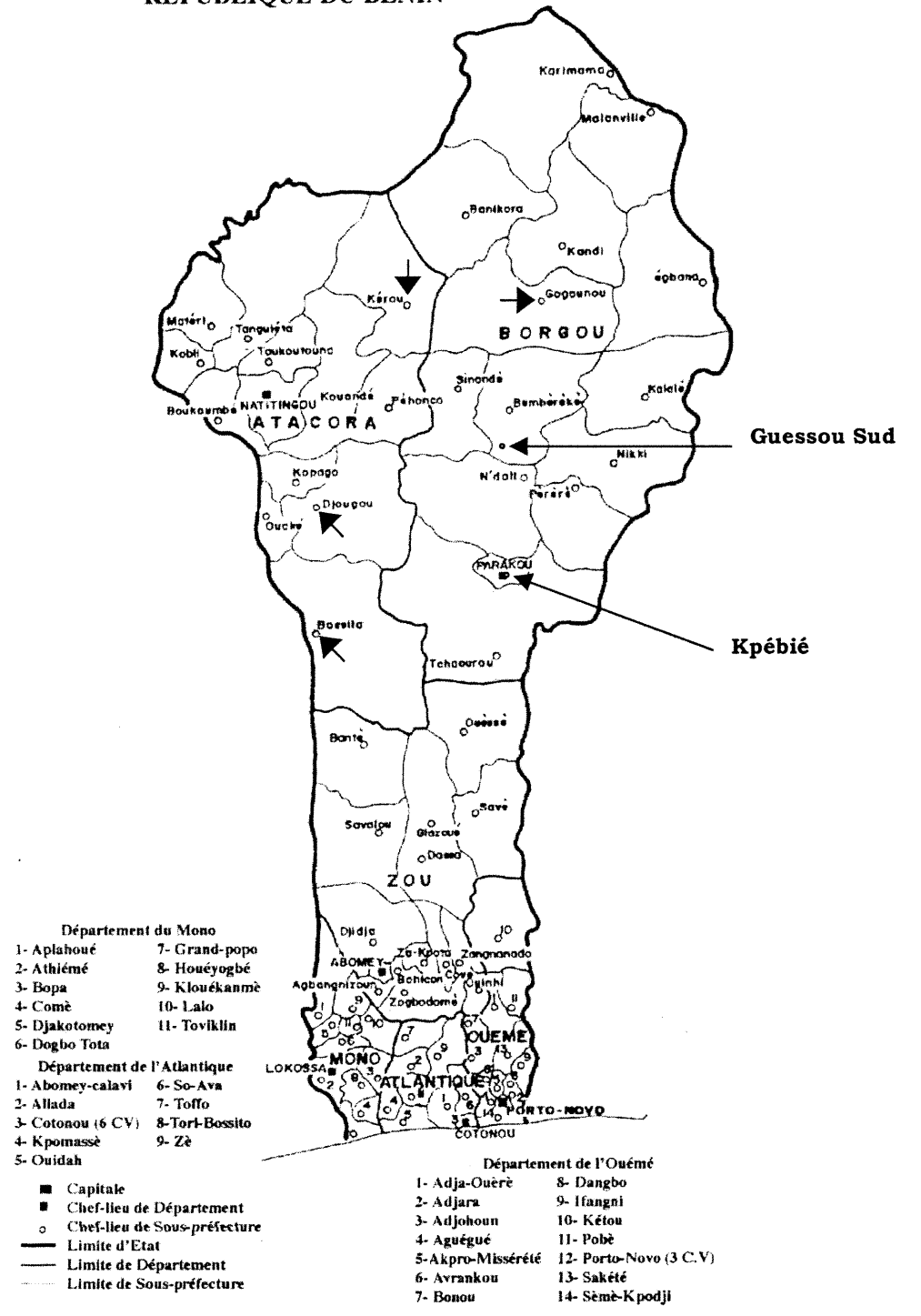
La République du Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé entre le 6^{ème} et le 12^{ème} de latitude Nord (voir carte en page 4). Elle couvre une superficie totale de 114 763 km²¹ et présente un relief peu accidenté. Elle est limitée au nord par la République du Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Est par la République Fédérale du Nigeria, à l'Ouest par le Togo, et au Sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120 km de long. Elle présente des caractéristiques démographiques, culturelles, économiques et socio-sanitaires spécifiques. L'enquête s'est fait dans six formations sanitaires du Nord Bénin, à savoir les maternités de Bassila, Djougou, Kérou, Gogounou, Guessou-Sud et Kpèbié (voir carte en page 5)

¹ Deuxième recensement général de la population et de l'habitat. (Février 1992)

BENIN



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN



La population du Bénin est estimée à 5 779 966 habitants en 1997 avec un taux de croissance en 1990-2020² de 2,74 % (Unicef, 1998). La densité est de 51 habitants par km² avec une plus forte concentration dans les régions Sud. Le Bénin se situe dans la zone de fécondité élevée de l'Afrique subsaharienne avec un taux de natalité et un taux global de fécondité générale estimé respectivement à 74,4 pour mille et 202 pour mille. (MPREPE, 1996). L'indice synthétique de fécondité des femmes est estimé à 6,3 enfants avec une nuance entre le milieu urbain et le milieu rural.

On y compte plus de 60 groupes socioculturels dont les plus importants numériquement sont les Fon³, les Baatombu et les Yoruba. L'administration territoriale repose sur une structure pyramidale avec le département (12)⁴, la sous-préfecture ou circonscription urbaine (77), la commune (568) et le village ou le quartier (5000). Le Nord du Bénin est moins développé et plus islamisé. Il y a une coexistence entre les religions traditionnelles et les religions monothéistes avec souvent un syncrétisme religieux.

Le Bénin se caractérise par une grande variété ethnique et linguistique engendrant une diversité toutes aussi grande de cultures et de comportements en matière de nuptialité, de sexualité et de reproduction. Le mariage est quasi-universel au Bénin puisque à 49 ans, le pourcentage de femmes célibataires est quasiment nul. Les femmes entrent en union tôt⁵. L'âge médian à la première naissance est de 19,7ans. Le pourcentage d'adolescentes mères est deux fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (25% contre 13%).

² Selon les prévisions démographiques des Nations-Unis, la population du Bénin sera de 10 millions d'habitants en 2020 (Unicef, 1998).

³ Les groupes Fon, Yoruba et Baatombu constituent respectivement 42 %, 12 % et 7% de la population du Bénin.

⁴ Une loi récente votée en 1998 a fait passer de 6 à 12 le nombre de départements.

⁵ L'âge médian à la première union est de 18,5ans (MSP, 1998).

L'agriculture constitue la base de l'économie béninoise, mais le secteur tertiaire prend de plus en plus d'importance. La production vivrière occupe 70% des actifs agricoles et le coton constitue la première culture de rente. Environ 46% des ménages ruraux sont pauvre une partie de l'année et 4% sont pauvres toute l'année; ce qui traduit une grande vulnérabilité à la pauvreté conjoncturelle avec une pauvreté structurelle plus faible (PNUD, DAPS, 1996). Le seuil de pauvreté se situe en milieu rural à 56.500 FCFA par adulte et par an et en milieu urbain à 135.100 FCFA.

Le système de santé est calqué sur le découpage administratif et comporte cinq niveaux de services: le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou qui représente la structure nationale de référence; 5 Centres Hospitaliers Départementaux (CHD); 84 Centres de Santé de Sous-préfectures (CSSP) et de Circonscription Urbaine (CSCU); 312 Complexes Communaux de Santé (CCS) et 371 Unités Villageoises de Santé (UVS) qui sont sous la responsabilité des Agents Villageois de Santé (AVS)⁶. Les C.C.S. et CSSP ou CSCU fonctionnent grâce aux infirmiers, infirmières et sages-femmes, avec la présence d'un ou plusieurs médecins au niveau des CSSP. Depuis 1996, le Bénin essaie de mettre en place des zones sanitaires⁷ (District Sanitaire au sens de l'OMS) qui constituent indéniablement le cadre privilégié pour l'exécution de l'approche participative de l'Initiative de Bamako (IB) dont il représente à juste titre le contenant. L'IB constitue une réponse stratégique à la situation sanitaire des femmes et des enfants et à la difficulté de financer le système de santé:

⁶ Les Agents Villageois de Santé (AVS) sont des agents recrutés au niveau de la communauté et qui ont reçu une formation pour des soins très élémentaires avec distribution des médicaments à partir de vidéogrammes qui se rapportent aux affections les plus courantes.

⁷ Les zones sanitaires sont des entités sanitaires plus vastes qui recouvrent plusieurs circonscriptions administratives, qui s'articulent sur les hôpitaux de référence dont elles constituent le premier niveau de soins et qui ont par ailleurs pour objectif de fournir des soins, de qualité et de rendre viables le système de santé.

« Le concept de l'Initiative de Bamako est une approche décentralisée et participative de soins qui intègre en particulier les soins de santé maternelle et infantile, le renforcement des structures périphériques, la participation communautaire visant la mobilisation des individus et de la société pour un meilleur contrôle des problèmes de santé et le financement communautaire permettant la mobilisation des ressources financières par la mise en place d'un système de recouvrement de coûts et l'approvisionnement en médicaments essentiels »(OMS,1991).

L'état de santé très précaire de la population se traduit notamment par un taux brut de mortalité estimé à 15,5 pour mille et une espérance de vie à la naissance de 54 ans. Le niveau élevé de la mortalité générale est essentiellement dû à la très forte mortalité maternelle (498 pour 100.000 naissances vivantes) et infantile (94 pour mille). Les grossesses sont multiples et rapprochées, de même que des maternités tardives⁸ et de nombreux avortements provoqués, clandestins, consécutifs aux grossesses non désirées (MSP, 1998). En moyenne, 46,6% des naissances ont été faites plus particulièrement au niveau des formations sanitaires (MP, 1996)⁹. Par ailleurs, 72,6% des membres des ménages sont analphabètes¹⁰ (aucune éducation formelle) et en particulier, 70,8% des femmes âgées de 15 à 49 ans ne sont pas instruites (M.S.P. 1998).

Au Bénin, moins de 30% des femmes en âge de procréer pratiquent une contraception et les méthodes modernes ne rencontrent que 3% d'adhérentes. Les ressources humaines¹¹ et financières sont très limitées. La part du budget national alloué au secteur santé représente 4,9% en 1996 et reste en deçà des normes (8%) préconisées par l'OMS (M.S.P. 1998).

⁸ les femmes de 35 ans et plus contribuent pour 21% à la fécondité totale (MSP,1998).

⁹ En cas de maladie, les membres des ménages ont recours dans l'ordre d'importance décroissante à la médecine moderne (62% des cas dont 26% de cas d'automédication) et à la médecine traditionnelle (26,4% des cas) (M.P:1996).

¹⁰ 84,6% des membres de sexe féminin sont analphabètes contre 60% de ceux des hommes. (M.P:1996).

¹¹ Selon les statistiques sanitaires de l'année 1996, les ratios personnels de santé par habitant sont :1 médecin pour 7823 habitants, 1 sage-femme pour 7956 habitants et 1 infirmier pour 2941 habitants.

La priorité est accordée aux activités préventives et promotionnelles en matière de santé dès lors que les ressources se sont amenuisées face aux besoins croissants dans le secteur de la santé. Elle fait suite à la Déclaration de Alma-Ata qui considère l'Éducation pour la Santé comme la première composante des soins susceptibles d'offrir la «santé pour tous en l'an 2000 et au-delà» (O.M. S. 1978, 1979). Il convient de rappeler que le concept de la santé a évolué ces trente dernières années et avec lui, celui de l'éducation pour la santé.

Selon Anctil et Martin (1990), l'évolution de la santé est marquée par quatre grandes conceptions de la maladie et de la santé, qui ont orienté les pratiques préventives, du moins dans les sociétés occidentales, et avec elles, le modèle qu'elles véhiculent.

La première étape est appelée maladie sociale et s'étend jusqu'à la fin du 19^{ième} siècle. L'image la plus significative de la maladie, c'est l'épidémie. Le malade n'a aucune importance sociale, ni statut. La lutte contre la maladie est collective et on instaure le plus souvent des mesures coercitives (fermeture de villes, mise en quarantaine, etc.).

Cette étape a été suivie de la maladie individualisée. Ici, on meurt de moins en moins brutalement, et de plus en plus individuellement, surtout dans les sociétés occidentales. Parallèlement au développement de la médecine, la montée de l'État-Providence permet une meilleure couverture de la santé des citoyens.

Dès la fin des années 1960, la santé est envisagée selon quatre déterminants qui sont la biologie, les habitudes de vie, l'environnement et le système de santé, avec le système de santé et les habitudes de vie à l'avant-scène. C'est la santé individualisée. Cependant il est apparu une

marginalisation des groupes sociaux et des facteurs sociaux, une fois que les questions de maladie et de santé sont sous la responsabilité de l'individu. Certains facteurs, comme les habitudes de vie, (tabagisme par exemple) ont été plus souvent abordés que d'autres dont la pauvreté, l'inégalité des sexes et le racisme.

Enfin, il y a la période de la santé sociale. C'est la santé pour tous ou tous pour la santé. Ici, les "déterminants" pour la santé ne sont plus considérés isolément. Ainsi, les habitudes de vie s'inscrivent dans un contexte social, économique, industriel et politique, ce qui a donné une dimension spéciale à l'éducation pour la santé.

1.1.2. L'Éducation pour la santé et l'IEC

Selon Lawrence Green (1988:1-29), l'Éducation pour la santé, c'est toutes les combinaisons d'expériences d'apprentissage planifiées, destinées à faciliter l'adaptation volontaire de comportements conduisant à la santé. En fait, l'éducation pour la santé se concentre sur le changement des comportements considérés comme des facteurs de risque par des programmes qui visent à informer, persuader et former des individus. Elle est souvent conçue pour un groupe cible auquel s'adresse le message. Elle vise l'individu pris isolément ou dans son groupe. Notion très souvent galvaudée, l'Éducation¹² Pour la Santé désigne, selon les circonstances, et l'usage qu'on en fait l'information, l'éducation et la communication pour la santé (IEC), la promotion de la santé, voire la Mobilisation sociale. Ce qui a fait dire à certains qu'il y a autant d'éducateurs pour la santé que de définitions d'éducation pour la

¹² Autour du concept d'Éducation pour la santé existe un débat : il existe un courant de pensée pour lequel le terme est dépassé, en revanche, une école soutient qu'il reste d'actualité.

santé. Pour Godin, l'Éducation pour la Santé est le processus d'informer, de motiver la population à adopter ou à maintenir des comportements sains (Task Force on Health Education cité par Godin et al., 1985).

La Promotion de la santé repose sur une vision écologique de la santé qui met l'accent sur l'influence permanente et pénétrante du milieu physique et social sur la santé de la population. Il n'est pas question ici de facteurs de risque de la maladie, mais plutôt de déterminants de la santé ou facteurs qui génèrent ou nuisent à la santé (support social, emploi, revenu suffisant). La Promotion de la santé vise la population dans son ensemble, les groupes-cibles, les groupes à risque et les démunis. La Promotion de la Santé est ainsi un ensemble de mesures sociales et politiques susceptibles de renforcer la prise de conscience des questions de santé, de favoriser des modes de vie sains et de créer des conditions favorables à la Santé. (Charte d'Ottawa, 1986)

L'OMS et l'UNICEF ont développé, vers la fin des années 70, le concept d'IEC qui signifie littéralement: «Information, Éducation et Communication » pour la santé. Le sigle «IEC» fait référence à une intervention d'ensemble qui fait partie intégrante par exemple d'un programme de développement et vise à susciter chez des auditoires désignés des changements de comportement ou d'attitude ou à les consolider, en utilisant une combinaison de techniques, méthodes et processus de communication:

La composante Information comprend la production et la diffusion des informations des faits, en vue de sensibiliser les responsables politiques, les administrateurs, les enseignants et le large public au sujet des développements importants qui sont apparus concernant la situation de la population.

La composante Éducation concerne la facilitation de l'apprentissage en vue d'aider les auditoires à prendre des décisions rationnelles et en connaissance de cause et d'influencer leurs comportements à long terme.

La composante Communication est un processus planifié destiné à encourager les populations à adopter de nouvelles attitudes ou

comportements. La communication implique un échange d'information entre un émetteur et un récepteur chez qui l'on veut susciter le comportement désiré. (CREDESA/SSP, 1993)

Autrement dit, l'IEC est le processus d'apprentissage par lequel des individus et des communautés adoptent volontairement et maintiennent des comportements bénéfiques à leur santé (CREDESA/SSP, 1993). Enfin la mobilisation sociale selon l'UNICEF, pourrait se définir comme «un processus destiné à favoriser la participation d'un grand nombre de personnes à une action qui vise à réaliser des buts sociaux communs, par le biais d'efforts solidaires.» On la rapproche souvent du plaidoyer social¹³ qui utilise à son tour le marketing social¹⁴.

1.1.3. Éléments de la politique nationale en IEC.

Le programme d'Information, Éducation et Communication en santé trouve ses fondements aussi bien dans des considérations tant récentes qu'anciennes et dans le contexte national et international

¹³Le plaidoyer social est une stratégie de communication destinée à induire un changement de perception de l'opinion publique ou d'un groupe donné en faveur d'une cause ou d'une politique, etc. Le plaidoyer social a pour point focal de créer et d'entretenir au sein du public une mentalité d'exercice du pouvoir (lobbying, groupe de pression) en vue d'obliger les institutions à réagir favorablement aux besoins humains (Université de Tulane, Cours international de Mobilisation sociale 1993).

¹⁴ Le marketing social est « La conception, la réalisation et le contrôle de programmes cherchant à promouvoir l'acceptabilité d'une idée ou d'une pratique sociale au sein d'un groupe cible ». Le marketing social (MS) est né de l'idée de récupérer l'efficacité du marketing commercial dans la vente des produits commerciaux au profit des idées et actions sociales (Kotler, 1991).

Le marketing social ne diffère pas fondamentalement dans sa démarche du marketing commercial. Il repose sur les mêmes approches conceptuelles et d'analyse à savoir l'étude du marché (l'étude des préférences du public cible), l'élaboration du Produit, la politique du Prix, la Publicité, la Promotion et la disponibilité du Produit (les quatre P).

1.1.3.1. Considérations lointaines.

Au niveau national, les programmes IEC ont été conçus au départ surtout pour des groupes cibles (prostituées, élèves, etc.) dans le cadre du programme national de la lutte contre le sida, puis pour le compte du couple «mère-enfant» considéré comme une couche de la population vulnérable.

En effet, au lendemain des Indépendances, le taux de fréquentation des visites prénatales et d'accouchement respectivement de 80% et 47% des naissances vivantes. en milieu hospitalier est resté faible. Les jeunes filles sont par ailleurs les grandes victimes des avortements avec de grossesses précoces issues de mariages tout aussi précoces (en moyenne 19 ans).

La mortalité maternelle est très élevée atteignant 498 pour 100 000 naissances vivantes (M.S.P, 1998). On note par ailleurs un faible couverture scolaire (à peine 15 % des Béninois savent lire et écrire selon la revue sectorielle (FNUAP, 1991) et une poussée démographique au Bénin, avec un taux d'accroissement de 3,2%, bien élevé par rapport à la moyenne des pays les moins avancés.

Par ailleurs l'IEC est apparue comme un instrument du service d'éducation pour la santé (devenu service d'IEC) du Ministère de la Santé. Ce dernier a produit pour les agents de santé des documents didactiques destinés à couvrir les domaines prioritaires pour la santé de la mère et de l'enfant à savoir la PF, la vaccination, la nutrition d'une part, l'eau et l'assainissement du milieu d'autre part.

Mais les considérations locales ont été renforcées par le contexte global et international.

1.1.3.2. Considérations récentes.

Les effets pervers des programmes d'ajustement structurel (réductions des dépenses de l'État, réduction du personnel) dans un contexte d'accroissement démographique d'une part, de dégradation des termes de l'échange avec les conséquences socio-économiques qui en ont découlé d'autre part ainsi que la pandémie du sida ont relancé l'importance de l'éducation pour la santé. Par ailleurs, sur le plan mondial, on estime que malgré la disponibilité croissante des méthodes modernes de PF, au moins 350 millions de couples n'ont pas accès à toute la gamme des méthodes modernes et 120 millions de femmes auraient en plus recours à une méthode moderne de contraception si elles avaient accès à des informations. Ce qui a amené les participants de la Conférence internationale sur la population et le développement en septembre 1994 au Caire à proposer, dans le programme d'action, une amélioration de la communication entre les hommes et les femmes sur les questions de santé en matière de sexualité¹⁵ et de reproduction¹⁶ et sur la compréhension de leurs responsabilités communes, afin qu'ils soient des partenaires égaux dans leur vie publique et privée.

Le contenu de l'IEC en PF est assez spécifique et concerne des thèmes variés comme le rétablissement de l'équilibre démographique en fonction des ressources disponibles et l'approche «santé » de la PF. On y insiste sur le fait que la santé du couple mère-enfant est liée à un enfant mieux nourri, mieux soigné, tout ceci lié à un bon espacement des

¹⁵La santé en matière de sexualité vise à améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles; les services de santé en matière de sexualité ne doivent pas consister seulement à dispenser conseils et soins relatifs à la reproduction et aux maladies sexuellement transmissibles : CIPD 7.2 (Alcala,1995:16).

¹⁶ Par santé de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas l'absence de maladies ou d'infirmités: CIPD 7.2 (Alcala,1995:16).

naissances¹⁷ et à une bonne éducation pour la santé par le renforcement de l'accessibilité aux services de la PF.

En résumé, le Bénin est un pays africain à ressources très limitées qui a adopté une politique de santé basée sur la prévention avec l'éducation pour la santé face aux nombreux problèmes de mortalité maternelle et infantile, de poussées démographiques et de problèmes socio-économiques de tout genre.

Les méthodes utilisées en I.E.C pour la PF au Bénin s'insèrent ainsi dans les modèles classiques ou récents de communication pour la santé.

1.2. Éléments du cadre théorique

L'information et la communication pour la santé ont souvent eu recours aux médias de masse et l'éducateur développe son message à partir d'un matériel ou d'une structure audiovisuelle. Au-delà de la technologie, la culture entière d'une société détermine sa manière de communiquer. Différents modèles de communication¹⁸ pour la santé sont développés selon que la communication est envisagée soit comme un phénomène essentiellement médiatique (radio, télévision, presse écrite, films, affiches, etc.), soit comme une activité des précurseurs de changement au niveau communautaire (agents de santé et autres réseaux de sensibilisation) ou une construction de la société.

¹⁷ Selon Herault-Delanoë (1991), les naissances rapprochées seraient perçues comme une honte par la femme béninoise.

¹⁸ La communication ne se fait pas à sens unique, le contenu du message, codé et décodé correctement, doit amener une réaction de la part du récepteur. Trop souvent, la communication

1.2.1. Le modèle technique ou de l'idéologie dominante

Herault-Delanoë. (1991), l'O.M.S. (1990) et le MSP. (1992) conçoivent que les médias véhiculent des messages qui améliorent les niveaux de connaissances contribuant au changement d'attitudes. Également, ils se penchent sur l'approche «santé» de la PF. empruntée à la conception technique ou mécanique de la communication. En effet, cette dernière est considérée comme un processus de transmission de signaux ou d'informations¹⁹ (messages éducatifs) entre une source ou émetteur (en l'occurrence les éducateurs pour la santé) et un destinataire ou récepteur (femmes, adolescentes, individus) par les moyens d'un canal/support. Le canal, c'est le médium utilisé (radio, télévision, journaux, affiches, etc.). Le canal est le véhicule ou vecteur du message qui est encodé (production de signaux comme: parler, écrire, faire des gestes,) par l'émetteur, puis décodé (écouter, lire, regarder,) par le destinataire à qui s'adresse le message (Cotton, 1982:52)

L'éducateur est souvent amené à combiner plusieurs moyens de communication (radio, télévision, presse écrite, affiches, etc.) auxquels on expose la cible visée. La théorie de la cible s'inscrit dans la tradition et la perspective des premières théories de l'information et décrit la communication comme un acte à sens unique, semblable à celui de décrocher une flèche vers une cible. Cette approche est basée sur le principe que les mots ont des significations univoques.

En d'autres termes, si l'émetteur connaît la signification des mots utilisés, il ne devait pas y avoir de malentendu du côté du récepteur. Le

ne s'établit pas car l'émetteur ne procède pas à la vérification de la rétro-information.

¹⁹ Shannon définit une quantité qu'il appelle « information » que l'on pourrait traduire comme étant le nombre d'éléments originaux nécessaires au récepteur pour construire la «forme» dans sa pensée.(Cotton, 1982 :75).

message peut ainsi permettre l'expression personnelle et servir de support à la pensée.

Mais dans bien des cas, et surtout dans les interventions de santé publique, l'émetteur est représenté par les agents de santé (infirmiers, sages femmes, éducateurs, spécialistes des médias de masse, etc.), et le récepteur par un membre de la famille, de la communauté, souvent une femme ou une adolescente.

Si la communication pour la santé dans ce modèle évite de culpabiliser le citoyen comme le faisait l'éducation pour la santé dans sa forme originale, elle traîne encore avec elle, une perception individualiste et une construction professionnelle de la maladie et de la santé (Anctil et Martin, 1990; Masse, 1995) qui s'appuie surtout sur le modèle des croyances relatives à la santé (le « health belief model ») des années 1950: (Rosenstock, 1974) :

«Le Health Belief Model postule qu'un individu pose des gestes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé, par ailleurs considérée comme une dimension importante de sa vie avec comme déterminants de sa décision la perception d'une menace pour sa santé et la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace » (Becker, 1974; Janz et Becker, 1984).

Il s'agit de faire intérioriser à l'individu une menace à sa santé par différents facteurs (épidémiologiques, économiques, sanitaires, etc.) pour lui faire adopter la PF. En dehors des médias de masse classiques (radio, télévision et presses écrites), les affiches et les films documentaires sont souvent utilisés comme canaux de communication. Dans le modèle mécanique très utilisé en IEC, "l'éducateur" focalise en général son attention sur son discours. Il en ignore bien souvent l'impact et les choix incompris des destinataires ou récepteurs. Il communique souvent

autoritairement sans pouvoir se rendre compte qu'un message peut apparaître comme un abus de pouvoir Oguizek (1983:5) cité par de Medeiros(1994)

Les cibles sont souvent considérées comme des « cruches vides » qu'il faut remplir à tout prix (Massé, 19995). En réalité, le modèle technique apparaît comme une volonté d'informer à tout prix, voire une tentative de "faire faire". Il représente amplement la composante « Information » de l'IEC. Ce modèle est représenté par la figure 1.

Sidibé (1996) reconnaît dans une recherche évaluative sur le rôle de l'IEC dans l'utilisation de la contraception à Ouidah (Bénin), que les messages d'IEC sont stéréotypés, inadaptés, mal testé et qu'ils ont provoqué bien souvent la frustration de la communauté et entraîné une inversion négative de l'attitude. Ce modèle de communication ne tient pas compte du récepteur et encore moins du contexte.

Les limites et échecs répétés du modèle technique ont souvent amené à recourir à d'autres approches d'apprentissage en santé. Ces approches mettent en interaction l'éducateur, qui est un «expert» et les bénéficiaires de la prestation.

1.2.2. Le modèle centré sur le changement psychosocial

L'Éducation pour la santé a aussi recours aux causeries, jeux de rôle, discussions de groupe et autres méthodes dites "participatives" pour l'information et l'adoption des méthodes contraceptives modernes. La communication est ici considérée comme un processus par lequel l'individu structure son champ informationnel. Dans la multitude de

messages qui l'assaillent (messages culturels, religieux, scolaires, parentaux, amicaux, personnels, etc.); il choisit, ordonne et systématise (créée des relations) les messages en question par le biais de "filtres mentaux". C'est la conception individuelle ou psychologique de la communication. (de Medeiros, 1995:128). Cette conception s'apparente à la théorie du « ping-pong » dans laquelle la communication est perçue comme un match de tennis de table. L'un dit quelque chose et l'autre lui répond. Le premier en dit plus; le second réplique. Tous sont émetteurs et récepteurs. Ce point de vue inclut la personne qui reçoit le message et ajoute l'idée d'une rétroaction qui permet à l'émetteur d'exercer un meilleur contrôle sur la communication

Les approches centrées sur le changement de comportement pour la plupart se situent dans cette perspective (Herault-Delanoë, 1991; OMS, 1990; M.S.P, 1992; Bury, 1988; Anctil et Martin, 1990; Cotton, 1982; Green, 1991) et se proposent d'amener la population à l'adoption de nouveaux comportements par la pratique de la PF. Les différentes méthodes d'apprentissage sont en général (sauf le modèle des croyances relatives à la santé ou le Health Belief Model) issues des théories psychosociales du changement du comportement notamment la théorie sociale cognitive (Bandura, 1977) et la théorie de l'action raisonnée (Fishbein, Ajzen, 1975) ou la théorie du comportement planifiée (Ajzen, Fishbein, 1985) pour ne citer que celles-là.

Tenant compte de l'environnement social, les différences individuelles dans la façon d'accomplir une action ou d'emprunter un comportement significatif, la théorie sociale cognitive s'expliquent en grande partie, d'une part par la croyance en l'efficacité du comportement et d'autre part par la croyance en l'efficacité personnelle (Bandura, 1977) .

Le but ultime de la théorie de l'action raisonnée est de prédire et de comprendre les comportements sociaux. Selon cette théorie, l'intention d'une personne d'adopter ou de ne pas adopter un comportement est déterminé par son attitude à l'égard du comportement et l'importance qu'elle accorde à l'opinion des gens

qui lui sont proches. En présence de certains comportements, c'est la composante attitude qui détermine les intentions (Fishbein, Ajzen, 1975).

La théorie du comportement planifié constitue une variante de la théorie de l'action raisonnée et reste valable pour les comportements qui sont sous contrôle de l'individu en l'absence de contraintes. Ce contrôle dépend lui-même de facteurs internes liés à l'habileté de l'individu, de ses aptitudes, de ses connaissances et de facteurs externes liés aux critères du temps, opportunités, coopération ou non d'autres personnes (Ajzen, Fishbein, 1985).

Cependant, ces modèles sont linéaires et définissent les comportements quels qu'ils soient comme un résultat des intentions liées aux attitudes qui seraient conditionnées par les connaissances et dans une moindre mesure les croyances culturelles et les variables socio-démographiques (âge, sexe, niveau socio économique). C'est la fameuse théorie de l'intervention en éducation pour la santé qui pourrait correspondre à la composante «Éducation» de l'IEC. Ce modèle est schématisé par la figure 2

Toutefois, le processus est très simplifié, abordé uniquement comme un processus linéaire de cause à effet et s'inspire des grandes théories béhavioristes qui ont constitué selon Lasswell et Watson (1974) le paradigme dominant dans les recherches en sciences sociales, surtout dans les milieux capitalistes, et plus particulièrement de la publicité. Il en résulte que la société moderne est un ensemble d'individus disparates, déconnectés les uns des autres et foncièrement perméables aux stimulations médiatiques²⁰. Le modèle linéaire simple de cause à effet ne suffit pas à expliquer les complexités de la communication.

Les messages se situent souvent dans une perspective épidémiologique qui occulte ou minimise les interprétations « rationnelles » de l'individu face à la maladie ou au risque de maladie.

²⁰ On milite même en faveur de la certitude des réactions immédiates dont la prévisibilité et la

Hérault-Délanoe (1991) reconnaît pour sa part, qu'un programme intégré de Santé Maternelle et infantile (SMI) associé à la PF déboucherait sur un échec, par recours à des contenus et moyens médiatiques non appropriés qui ne peuvent correspondre à une réalité culturelle.

Ainsi, la communication humaine est très dynamique et complexe. Comme tout processus dynamique, il se fait mieux comprendre dans une approche où l'émetteur est simultanément récepteur, et où ce dernier est simultanément émetteur engendrant la théorie de la spirale. Tout processus de communication implique ainsi des personnes qui ont été façonnées et influencées par plusieurs interactions antérieures et diverses.

1.2.3. La Communication par structuration

Nous sommes le produit de comportements antérieurs et dépendants de la perception que nous avons de nous-mêmes de Medeiros (1995). Mais nous savons que cette perception est affectée par la perception que nous avons du comportement des autres donc du groupe envers nous-mêmes. Selon Lewin cité par Cotton (1982:64), le groupe n'est pas une somme de ses membres, mais une structure qui émerge de l'interaction des individus et qui induit elle-même des changements chez les individus. Et c'est ainsi que se déroule la spirale de la communication. Giddens cité par Audet et Bouchikki (1993:186) propose quant à lui de dépasser le dualisme classique entre action et structure avec l'idée de dualité du structurel selon laquelle les structures sociales sont à la fois le médium et le résultat non intentionnel des pratiques sociales. Il est donc hasardeux de s'imaginer pouvoir

conceptualiser à l'avance ce que serait une théorie du changement dans les groupes sociaux.

D'une manière générale, la communication est conçue comme une interrelation entre les comportements des différents éléments. Ainsi, tout comportement contribue à la communication. C'est la conception systémique de la communication. Pour Cooley (1983) et Park (1973), la communication est considérée comme un processus de création de la réalité sociale. La société étant conçue comme un réseau d'échange ayant plusieurs niveaux de complexité. Cooley (1983) utilise l'expression «groupe primaire» pour identifier le niveau le plus élémentaire des relations humaines. C'est évidemment dans ce cadre que le sujet commence à prendre conscience de ce qu'il est et ce, grâce à la prise de conscience simultanée de ce que sont les autres.

Park (1973) vient à énoncer par l'approche dite participative ce qu'il a appelé l'écologie humaine, confirmant la vision de la société comme un ensemble tenu par la communication. Ce n'est ni le canal, ni les individus qui créent la communication. C'est cette dernière qui, en quelque sorte, crée le canal et l'individu. La communication ferait ainsi appel au symbolisme. C'est donc à la communication, non pas en tant que transmission, mais en tant que processus de création et de partage des significations, que l'on doit la société.

Pour Gregory Bateson (1983), lorsqu'on réfléchit à l'évolution de la communication, il paraît évident qu'une de ses étapes les plus importantes est atteinte lorsque l'organisme cesse de répondre de façon «automatique» aux signes indicatifs d'humeur de l'autre et qu'il devient capable de reconnaître le signe pour un signal, c'est-à-dire de reconnaître que les signaux, tant les siens que ceux des autres, ne sont

précisément que des signaux auxquels on peut se fier ou pas, qu'on peut falsifier, dénier, amplifier, corriger, etc. Le sujet²¹ ici est reconnu comme possesseur de conscience et, grâce à ce dernier élément, il se révèle fugitif, voire insaisissable par les médias de masse.

Selon la théorie de la structuration de Giddens (Audet et Bouchikki, 1993:407), les sujets sont d'abord définis par leur compétence à produire et à reproduire les pratiques sociales. Il est certain que beaucoup de formes de comportements sont structurées, mais la structure n'existe que dans les propriétés, sans cesse reproduites des procédures conventionnelles d'action.

Pour A. Mesny (1993), il y a une fusion permanente de l'individu agi et agissant²². Et selon Peirce (1958), tout acte de connaissance ne saurait faire abstraction du sujet connaissant : le sujet connaissant perçoit en effet des signes et les interprètes pour les comprendre. La réalité issue de la communication prend donc toutes les allures d'une construction conventionnelle, mais bien souvent contextuelle et rarement prévisible. Nous pouvons rapprocher cette forme de communication de la composante « C » de l'IEC.

À partir de l'étude de ces trois modèles, nous pouvons conclure que le modèle dominant est une forme de communication qui implique le moins possible le récepteur à la réalisation du message. Ici la communication est conçue comme un processus où le rôle de chacun est défini par avance y compris le résultat destiné à une cible déterminée et autonome. Cette forme de communication s'appuie surtout sur les mass média.

²¹ Tout organisme est un système de communication, un nœud de boules où s'échappent des informations définies comme « une différence qui fait une différence » (Gregory Bateson, 1954).

²² Nous sommes « agis », certes, mais nous avons aussi à tout le moins l'illusion consciente d'« agir » à certains moments.

Le modèle centré sur le changement psychosocial tend à influencer le comportement des individus en alignant une attitude déterminée sur leur intention. Mais le modèle technique d'une part et celui centré sur le changement psychosocial d'autre part sont linéaires et ne tiennent pas compte de l'influence de l'environnement qui se reproduit sans cesse du point de vue sémantique et surtout pragmatique.

La réalité sociale est avant tout sujet et objet, cause et conséquence de la communication. Nous allons privilégier le modèle par structuration dans l'étude de la problématique suscitée par le contexte et les formes théoriques de communication en milieu de la santé.

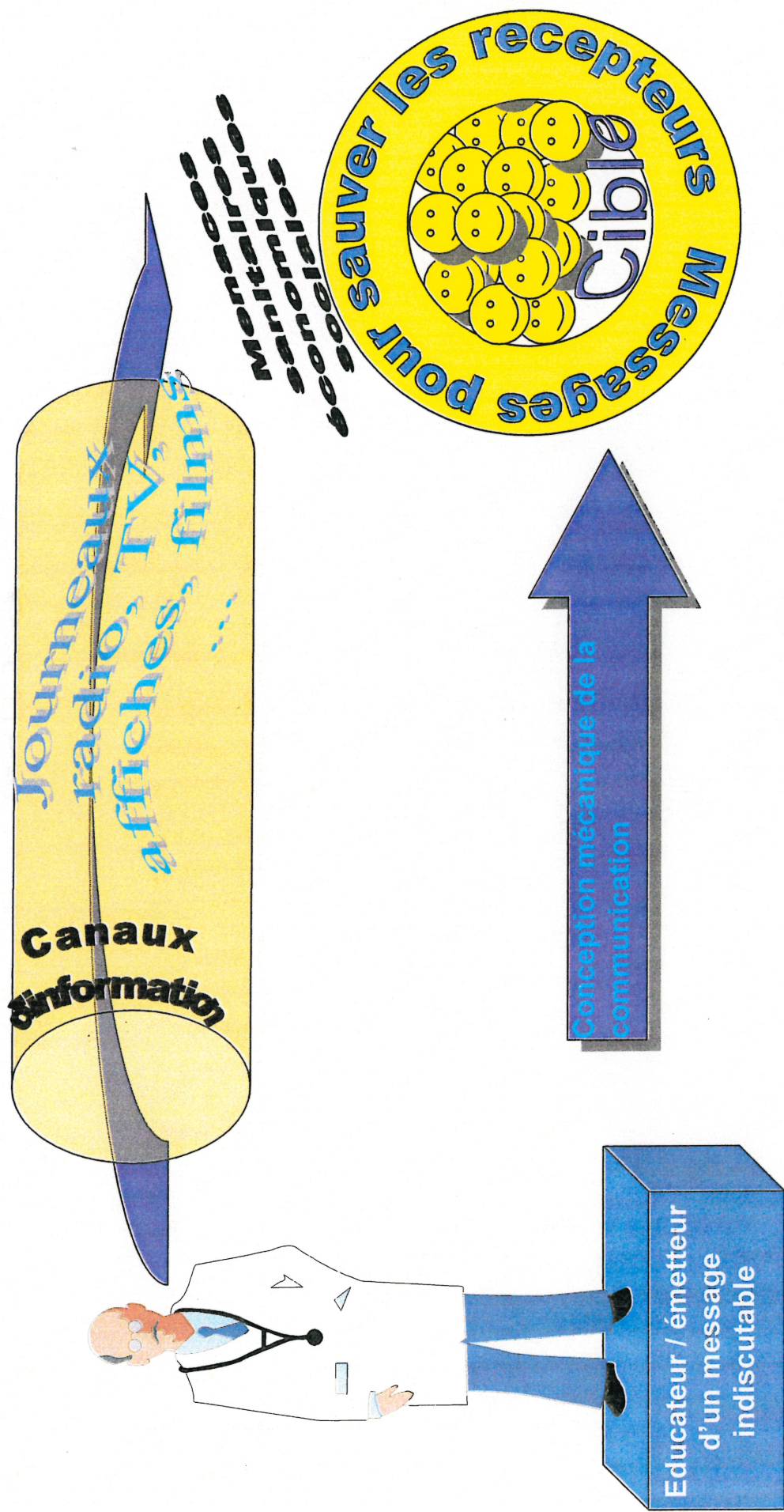


Figure 1:

Modèle technique ou de l'idéologie dominante

Modèle du changement psycho-social



Figure 2: Modèle du changement psycho-social

1.3. La problématique

1.3.1. L'angle d'étude privilégié

Le Ministère de la santé du Bénin a élaboré en 1991, dans un contexte de récession économique et de programme d'ajustement structurel, une déclaration de politique d'information, d'éducation et de communication pour la santé, et un programme national de santé maternelle et infantile, de PF et de nutrition dans le but de répondre aux problèmes liés à l'accroissement démographique et à la mortalité maternelle élevée dans le pays (Hérault-Delanoë, 1991). Conçue comme une combinaison d'expériences d'apprentissages planifiées, l'Information, l'Éducation et la Communication ont été largement utilisées comme des stratégies surtout dans les programmes de santé reproductive et de PF. Elle a largement bénéficié de l'utilisation des médias de masse (radio, télévision) dès lors que les pays africains en général, et le Bénin en particulier, ont été confrontés à la rareté des ressources pour la mise en œuvre des programmes d'éducation pour la santé.

Tout le monde s'accorde à reconnaître que les agents de santé et autres agents relais au niveau communautaire sont réellement les seuls capables de développer la communication interpersonnelle, probablement efficace de par leur proximité avec les cibles.

Le rôle confié aux agents de santé dans le programme iec-population avec son volet PF est primordial, selon les études du Ministère de la Santé (1991). Appelés cibles « techniques » à l'opposé des cibles « sociales » (mères, enfants et leaders d'opinion), les agents de santé sont considérés comme les relais ultimes de la communication, les prescripteurs de conseils et des

méthodes contraceptives. En outre, les évaluations ont montré que les sources d'informations des populations sur les problèmes de santé sont à 60 % constituées des agents de santé.

Ces derniers utilisent en général divers supports didactiques et audiovisuels pour véhiculer à travers des causeries éducatives, des messages très stéréotypés et souvent inappropriés .

Dans une étude effectuée dans les communautés de Ouidah (Bénin), Sidibé (1996) aboutit à la conclusion selon laquelle les stratégies d'information, d'éducation et de communication ont contribué à améliorer les connaissances sur la contraception moderne, mais elles ont eu peu d'effets sur leur utilisation. Cette conclusion est confirmée par l'enquête démographique et de santé au niveau national (1996) avec 3 % de couverture contraceptive moderne.

Au terme d'une étude sur l'utilisation de la contraception moderne en milieu rural au sud du Bénin sur les femmes de 15 à 49 ans, multipares (2 à 3 enfants au moins), Nounagnon (1994) conclut que 98% ont une bonne connaissance des méthodes modernes de contraception, avec 30 % seulement qui reconnaissent pratiquer la PF et 43 % qui pensent que l'autorisation du mari est nécessaire.

De nombreux travaux (FNUAP,1990; Hérault-Delanoë,1991; Sidibé,1996) montrent aussi les limites aussi bien du contenu que des canaux utilisés pour l'Information, l'Éducation et la Communication pour la PF. En effet, dans la revue des programmes IEC-population demandée par le Ministère de la santé du Bénin, Hérault-Delanoë (1991) note l'impact très limité des mass-médias en général, de la presse écrite et même de l'alphabétisation fonctionnelle identifiée, comme des instruments très adéquats pour corriger

le taux élevé d'analphabétisme (77 % dans le pays) et favoriser le changement de comportement.

La radio, considérée également comme un média incontournable et de proximité a un impact bien limité par la finalité du contenu. Cette performance assez médiocre serait liée, selon l'auteur, à la pluralité linguistique (18 langues). L'enquête démographique et de santé (1996) révélait déjà que moins de 13% des femmes contre 42% pour les hommes écoutaient souvent la radio et à peine 10% regardaient la télévision. Malgré une décentralisation, avec des radios rurales dites de proximité, émettant en langues locales, les résultats demeurent loin des objectifs, bien qu'il soit difficile d'apprécier leur impact réel. La portée limitée de ce media n'expliquerait pas seul les résultats décevants. Il faudrait aussi tenir compte du contenu, même s'il est véhiculé en langue locale. Faut-il ajouter que la radio fait partie des médias de masse dont le modèle mécanique et linéaire laisse encore à désirer dans ce domaine du changement de comportement. Le contenu des messages apparaît en général comme un procès des normes préexistantes.

En effet, les auteurs de la revue sectorielle estiment que le Bénin, à l'instar des autres pays africains, vit une situation transitionnelle marquée par des processus de changement économique et social, singulièrement au niveau de la fécondité. De fait, ils concluent que " les anciennes normes culturelles en matière de sexualité et de fécondité perdent de leur pertinence, mais demeurent encore vivaces comme modèles de conduite sociale" (Herault-Delanoë, 1991).

Et pourtant, des études (Adamchak et Ntseane : 1992; Cadwell et al., 1992; Okore: 1980; Pillai, 1988) estiment que malgré un maintien de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara notamment au Bénin, les modèles classiques, européens d'une part, asiatiques d'autre part présentent

beaucoup de limites pour expliquer le phénomène africain qui est plus complexe qu'en apparence. Pour ces auteurs, la transition de la fécondité s'appuie surtout sur les structures familiales, les relations de mariage²³, la structure économique²⁴ et surtout les considérations culturelles²⁵ et historiques.

Ce qui fait dire que dans sa quotidienneté, l'individu cherche ainsi à donner du sens à son vécu en tant que personne unique, mais aussi en tant que membre d'un ensemble social plus large. En effet, tout individu possède un mode de vie qui est façonné par son hérédité, son développement, sa culture et son environnement. Le premier défi pour l'éducateur pour la santé est de faciliter l'adaptation de ce mode de vie de façon volontaire (Rochon, 1988).

Les conclusions des travaux de Paul (1955) rapportés par Massé (1995:49) tendent à confirmer que les populations visées par les programmes de prévention possèdent avant même l'implantation des projets, un bagage de connaissances, d'attitudes et de comportements par rapport à la santé, ce que Bibeau (1995) appelle le savoir populaire.

L'information et la communication ont toujours eu droit de cité en milieu rural et les sujets relatifs au sexe traités par des personnes d'une certaine notoriété et dans des conditions particulières.

La communication en Afrique Noire traditionnelle a été et demeure encore une dramaturgie qui prend une forme rituelle ou symbolique (Bibeau, 1996).

²³ Les femmes en union "fixe" sont moins portées vers la contraception que celles qui sont en union libre (MPREPE, 1996).

²⁴ Dans les modèles émergents, les économistes tendent d'expliquer la dynamique expansive par une dynamique plus locale et plus intensive, l'économie familiale étant en partie informelle avec un modèle de famille polygamique non structuré.

²⁵ Aujourd'hui, en Afrique, les formes de mariage ont évolué et les unions libres sont plus fréquentes, surtout en ville. Le couple vit séparé, d'où une rareté des relations sexuelles et une baisse de la fécondité. Les femmes en union "libre" sont enclines à une plus grande contraception. D'une manière générale, les méthodes contraceptives traditionnelles (continence périodique) sont plus utilisées que les méthodes modernes (35% contre 12%) (MPREPE, 1996).

Les nouvelles connaissances et les nouveaux comportements que proposent les intervenants en santé publique ne combleraient pas un vide. L'éducation pour la santé ou la promotion de la santé ou encore l'information, l'éducation et la communication pour la santé constituent un processus par lequel une culture dominante impose son système de valeurs et de comportements à une culture dominée; les populations visées n'étant nullement des «cruches vides» qu'il suffit de remplir de connaissances scientifiques pour obtenir le comportement souhaité. Il existe un répertoire populaire qui alimente le savoir.

Aussi, entre les concepteurs des programmes qui considèrent les bénéficiaires (population) comme dans un parfait univers rationnel et les populations dépositaires d'un savoir populaire fortement ancré dans les croyances traditionnelles, il y a ceux qui apparaissent comme les dépositaires du savoir au niveau opérationnel, les précurseurs du changement, censés induire la transformation des habitudes.

Quels sens les agents de santé donnent-ils à leurs activités d'information, d'éducation et de communication pour la santé dans le domaine de la PF? Quelles perceptions ont-ils des bénéficiaires de leurs prestations? Les sages-femmes travaillent-elles avec ou sans les réalités culturelles du milieu? Ont-elles une idée des croyances du milieu de travail? Quels jugements ont-ils des résistances au changement? Quelles appréciations les agents de santé ont-ils des institutions de conception des programmes et d'encadrement? Que pensent-elles des politiques de PF?

Cette étude s'efforcera de répondre à ces questions, à partir des objectifs mentionnés ci-après et à l'aide de la méthodologie exposée dans le chapitre suivant:

1.3.2. Les objectifs

Nous étudions la perception des agents de santé de premières lignes des activités d'Information, d'Éducation et de Communication pour la Santé. De façon spécifique, nous apprécions le rôle des agents de santé tels qu'il le perçoive dans les activités d'information, d'éducation et de communication pour la PF.

Nous identifions les réactions des bénéficiaires des activités d'IEC selon le point de vue des agents de premières lignes.

Enfin, nous identifions le rôle des institutions ou structures d'encadrement des activités d'information, d'éducation et de communication pour la PF.

Notre travail se propose d'aborder les éléments qui entrent dans la communication des sages-femmes avec les populations et les interactions qui se produisent de façon individuelle et spécifique. Il s'agit également pour nous de recenser les réactions des femmes rurales exposées aux prestations des agents de santé. Enfin, l'étude se propose de recenser des éléments factuels, des sentiments, des impressions qui ont une signification pour les uns et les autres.

En résumé, ce rapide survol du contexte et la revue de la documentation, nous a permis de relever que la population béninoise est à majorité rurale et analphabète. La politique sanitaire est axée sur la prévention et l'information, l'éducation et la communication sont conçues comme des stratégies utilisées par les agents de santé pour améliorer les prestations, singulièrement la PF. Cependant, l'IEC est loin d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés à savoir, contribuer à sensibiliser les populations et induire le changement d'attitudes et de comportements en matière de PF.

CHAPITRE 2: **Méthodologie**

Dans ce deuxième chapitre, nous décrivons l'échantillon utilisé pour les récits de vie, la façon dont nous avons fait la collecte et la transcription des données, l'approche d'analyse ainsi que l'appréciation de la validité de la méthodologie. Ce chapitre se termine par l'exposé des difficultés et les faiblesses méthodologiques.

2.1. L'échantillon

Notre échantillon est constitué de six sages-femmes travaillant dans les structures périphériques. Elles ont été sélectionnées selon des critères bien précis. Elles ont au moins 10 à 12 ans de service qui dénotent minimalement d'une maîtrise de la pratique en milieu hospitalier et communautaire. Nos informatrices ont par ailleurs, une formation en IEC avec des activités effectives en IEC pour la PF. Il s'agit essentiellement de sages-femmes exerçant dans les maternités de milieu rural: Bassila, Djougou, Kérou, Gogounou, Guessou Sud et Kpébié qui sont des formations sanitaires du Nord Bénin. Elles sont sollicitées individuellement pour présenter le récit de leur expérience pour les activités d'IEC en PF, selon le Guide Code à l'annexe 1.

L'échantillon assez limité n'est nullement représentatif de tous les agents de santé, mais les contenus probablement chargés de significations et de sens permettent de dégager des orientations ou tendances assez significatives.

L'un des planificateurs du programme IEC-PF a par ailleurs été interviewé. Cette démarche a été motivée par la nécessité d'obtenir d'un concepteur, nonobstant ce qui est écrit dans les manuels de procédures, les grands objectifs et contenus de formation.

2.2. La collecte

L'entretien a pris la forme d'une conversation avec l'utilisation du magnétophone. Le récit est enregistré dans la langue de travail des agents de santé à savoir le français. Pour assurer le succès de l'interview, nous avons accordé un grand respect et un grand intérêt aux témoins qui racontent leur histoire. Nous avons fait l'effort d'éviter de poser des questions portant sur l'interprétation de la parole(pourquoi.? Est-ce que cela est vrai?, Parlez-moi de ceci, etc.). Par contre, des précisions ont été demandées à partir des questions: Quand ?, Où?, Qui?, Comment ?

2.3. La transcription de l'enregistrement

Nous avons fait une transcription littérale puis, une restitution du rythme des entrevues par le respect des points de suspensions, des hésitations et autres énoncés incomplets, etc. Nous avons fait une mise en crochets d'éventuels ajouts au moment de l'édition pour les phrases inaudibles, tout en assurant l'anonymat des informateurs.

2.4. L'Analyse

Nous nous sommes inspirés du modèle d'analyse utilisé par Bibeau (1995) dans «Dérives Montréalaises.» Nous avons réuni l'ensemble des récits en un corpus par lecture les uns à côté des autres de manière synoptique et comparative. À partir de ce corpus, nous avons fait une première analyse par une comparaison paradigmatique des différents éléments, ce qui a permis de noter les similitudes et les différences et nuances. Ensuite, nous avons choisi parmi les six récits, celui qui nous a paru constituer le texte primaire de référence, lequel présente la trame narrative et les formes rhétoriques qu'on retrouve dans l'ensemble des autres récits. Nous avons soumis ensuite le récit²⁶ de référence, reproduit dans un monologue, à une analyse sémiologique visant à dégager les enchaînements et les arrangements reliant les systèmes de sens aux pratiques concrètes des agents de santé et à l'univers culturel, socio-économique, institutionnel et politique dans lequel ils se situent. À ce propos, nous avons fait deux niveaux d'analyse du récit. D'une part, le modèle éducatif utilisé et d'autre part, les représentations collectives qui favorisent ou non la communication pour la PF.

Il convient de préciser que l'histoire professionnelle est un récit qui raconte l'expérience de vie d'une personne, donc une œuvre personnelle et autobiographique²⁷. Elle intervient dans les études sociales, culturelles et dans les processus de socialisation (Chalifoux, 1992:296).

²⁶ Le texte de référence constitue un récit typique, représentatif dans une perspective analytique d'une version canonique à laquelle les autres versions sont liées et interprétées.

²⁷ L'autobiographie appartient à un genre oral voisin du témoignage et de la confession (Bibeau, 1995).

Chaque agent qui raconte son récit professionnel a sa trajectoire unique. Le récit professionnel permet de dépasser une simple description factuelle des opinions, des connaissances ou de la pratique en matière d'IEC pour aborder des éléments aussi objectifs que subjectifs créateurs de sens. En fait, l'expérience vécue et racontée par l'informateur est un phénomène psychosocial dont il faut définir les dimensions significatives (Bibeau, 1995).

Les agents de santé notamment les sages-femmes peuvent maîtriser ou donner des significations de leur société ou tout au moins, en ont une perception tant sur le plan abstrait que celui des actions, des gestes et des comportements. La méthode de l'histoire professionnelle est donc inductive, car elle permet de partir des faits pour remonter à l'élaboration d'éléments signifiants et de construction de sens. L'interviewer²⁸ cherche à situer dans quel contexte évolue son sujet (informateur), son environnement social, professionnel et familial.

2.5. La validité de l'approche méthodologique

La validité d'une recherche a trait à la capacité de la méthode utilisée à répondre à la question posée. De par sa nature qualitative, la méthode que nous avons choisie, explore des directions et non des dimensions. Par ailleurs, elle présente une bonne validité interne, puisque le récit professionnel, autobiographique est enregistré, transcrit puis réécouté par l'informatrice qui confirme et valide ses propos (Poirier, 1983).

²⁸Dans la démarche méthodologique, on mène ces entrevues de façon très ouverte et peu structurée et le point de vue des sujets est très privilégié. Ceux-ci construisent un sens et une réalité. Ils sont animés par les croyances et des valeurs qu'ils ont acquises tout au long de leur vie. Comprendre les comportements des gens, c'est donc comprendre la signification qu'ils donnent à leur action. Pour ce faire, il est nécessaire d'envisager diverses données telles que les émotions, les opinions, les attitudes, les valeurs et les réactions hypothétiques et les dispositions du sujet. (Gautier, 1990)

Quant à la validité externe, l'éternelle question est de savoir combien de récits il faut recueillir pour faire valablement le tour des phénomènes en cause. Mais entre l'exigence d'un échantillon représentatif et la méthode d'analyse approfondie d'un seul cas, les chercheurs font l'unanimité autour de la notion de saturation. Ils indiquent par-là que les informations au sujet d'un phénomène social, fut-il des plus complexes, peuvent « saturer » après quelques dépositions complémentaires n'apportant alors que des nuances ou des particularités non essentielles à la compréhension du phénomène étudié (Bibeau, 1995).

2.6. Les difficultés méthodologiques

Nous avons rencontré sur le terrain des difficultés de mise en œuvre de la méthode retenue à plusieurs niveaux. Le projet initial envisageait de recueillir auprès de nos informatrices, les sages-femmes, des données à partir d'un récit. Cependant, nous nous sommes rendu compte de difficultés, non point liées à la complexité d'une telle approche, mais surtout au fait que nos informatrices étaient habituées aux études quantitatives avec des questions simples fermées ou semi-ouvertes. Dès lors, le début de l'entretien s'est trouvé « haché », les sages-femmes répondant apparemment à une ou deux questions, et attendent qu'on les relance par de nouvelles questions pour d'autres réponses. Ceci donne parfois aux récits l'allure d'un entretien semi-dirigé.

Par ailleurs, entre le début et la fin de l'entretien, revenant sur des questions de compréhension déjà posées plutôt, nous avons eu droit à des réponses nuancées, sinon contrastées. Cette pratique de questions répétées a été motivée par notre statut de médecin bien connu dans le milieu des agents de santé, pour avoir participé comme encadreur à de nombreuses formations sur les soins de santé primaires. Les agents ont parfois

tendance, dans un premier temps à servir une réponse «positive» et non la vraie; ce qui est cependant corrigé au fil des entretiens, du fait de la nécessité d'établir un lien cohérent entre les faits racontés.

L'autre difficulté qui est plutôt pratique est la nécessité de retourner après la transcription de l'enregistrement pour faire la validation au niveau des informatrices. Cependant, elle a permis de corriger les bruits introduits par un enregistrement perturbé par l'environnement de travail. Ce fut alors l'occasion pour les informatrices d'apprécier le récit construit de bout en bout par elles-mêmes. Ce qui a fait dire à l'une des sages-femmes: « (...) Bon, je voulais encore dire que l'entretien, il a été long et c'est mieux de prendre les gens au vif comme ça; là c'est... c'est la vérité que vous avez. Si entre temps j'avais peut-être été avertie, je vais peut-être préparer quelque chose et par rapport à ça, ça va fausser quelque part les résultats. Bon, je suis sûre que tout n'a pas été dit mais quand même j'ai essayé de dire...l'essentiel donc je vous remercie ».

Ces constats méthodologiques nous amènent à aborder le chapitre consacré à l'analyse des récits.

CHAPITRE 3: **Analyse des récits**

Au cours de ce troisième chapitre, nous ferons une analyse paradigmatique des six récits d'une part, et une analyse sémiologique du récit de référence d'autre part. L'intérêt de l'analyse paradigmatique est de favoriser les idées qui autour desquelles les récits sont construits et d'en dégager plus facilement le récit de référence.

3.1. Comparaison paradigmatique des six récits

Dans un premier temps, nous présentons une analyse des tableaux synoptiques des six récits. Les tableaux synoptiques des récits à l'annexe 3, font la synthèse comparative des idées ou groupes d'idées qui sont recensés dans l'ensemble des récits. Ces groupes d'idées vont des conditions de formation des sages-femmes, aux réactions suscitées au niveau des femmes rurales et de leurs conjoints, en passant par les éléments de la pratique éducative. Ensuite, nous procédons à une analyse comparative des ressemblances, des différences ou des nuances qui transparaissent dans les différents récits.

Cette analyse plutôt qualitative ne s'est pas préoccupée de la répétition des idées, bien que celle-ci traduise dans plusieurs récits la force et l'importance que le narrateur y consacre. Les sages-femmes sont identifiées de 1 à 6 soit **S-F1** à **S-F6**.

3.1.1. La Formation et la pratique des Sages-femmes

Les sages femmes reconnaissent toutes avoir bénéficié d'une occasion de formation sur la PF et l'IEC. Selon les cas, l'accent a été mis plus sur la PF que sur le processus d'IEC. Et sur la PF, le contenu de la

formation semble avoir mis un accent sur les méthodes contraceptives et la technologie contraceptive.

S-F2: « *Dans la formation, on nous donnait les produits, on nous indiquait comment faire l'IEC et on nous expliquait dans le temps que l'IEC, c'est la seule arme qui peut nous faire parvenir jusqu'au dernier hameau les bienfaits de la PF....* »

S-F5 « *l'accent a été porté sur les méthodes en PF et l'IEC* ».

Le contenu de la formation des sages-femmes semble avoir une influence sur les méthodes éducatives mises en oeuvre.

Les sages femmes expriment une volonté d'intervention partout et singulièrement hors du cadre de travail habituel, avec l'IEC couplée parfois à d'autres activités.

S-F1: « *Nos activités s'étendent dans toutes les communes. C'est toute l'équipe des agents de santé qui est mobilisée pour faire l'IEC-PF dans les communes, les ateliers de couture, menuiserie, les écoles...* »

S-F2: « *Il faut sortir, il ne faut pas atteindre même les gens les plus reculés. Nous nous déplaçons dans chaque hameau (petit village) qui est situé à plus de 5 km du centre dans les agglomérations les plus reculées.* »

S-F3: « *Quand nous allons aussi en stratégie avancée pour les vaccinations et pour le PMA (Paquet Minimum d'Activités)...* »

S-F5: « *Dans l'ONG, Association Béninoise Pour la Promotion de la Famille (l'ABPF), on se déplaçait de village en village pour sensibiliser les femmes sur ça marchait. Nous profitons de nos consultations ou de nos vaccinations pour faire la sensibilisation. On profite parfois des séances*

de distribution des intrants...»

S-F6 : *« Organiser des visites à domicile à des groupements de femmes. De temps en temps, nous avons commencé à faire des sorties dans les quartiers. Un quartier de la ville ou un village environnant.»*

Les séances sont souvent l'occasion d'informer les nourrices, les femmes et les adolescentes qui sont identifiées comme les bénéficiaires de l'activité. Les personnes qui bénéficient des prestations des sages-femmes reçoivent des messages de contenu aussi divers, allant de l'avantage de la PF, à la pratique contraceptive.

S-F3: *« On les informe sur... on leur fait l'IEC en PF en leur indiquant les différentes méthodes...»*

S-F2: *« Nous avons des nouvelles méthodes et vous allez avoir l'enfant quand vous voulez et le nombre que vous voulez que de rester être surprise par une grossesse et vouloir avorter ».*

S-F6: *« Bon ...nous parlions des méthodes....les différentes méthodes qui existaient aux femmes ... On préparait déjà les femmes enceintes à choisir une méthode. après l'accouchement pour ne pas avoir des grossesses surprises ...».*

Parfois le contenu du message a trait aux conséquences sociales d'une fécondité non «contrôlée ».

S-F4 : *« Je choisis un thème... PF, le sous thème, ça peut être la définition de la PF. On a des images qui montrent une famille dans laquelle on fait des grossesses rapprochées et on voit l'état de cette mère qui est*

appauvrie avec de nombreux enfants...et une famille qui pratique de la PF. A les voir, on voit que c'est une famille heureuse...»

S-F5 : *« La vie coûte chère, voilà, voilà, trop d'enfants ce n'est pas l'idéal il faut espacer; on ne vous demande pas une limite mais on vous dit d'espacer pour que l'enfant se porte bien...»*

S-F6: *« C'est pour prévenir ces grossesses surprises que nous parlions de la PF.»*

Les séances sont quelques fois le cadre de démonstration pratique

S-F6: *« Nous essayons de leur faire des démonstrations afin d'accepter, tout en leur donnant des conseils, parce que c'est leur vie qui est en danger. »*

Le contenu du message est souvent alarmant, traduisant la volonté de toucher la fibre sensible des femmes qui vivent déjà dans des milieux et des conditions économiquement précaires. Les méthodes sont en général à la mesure du contenu véhiculé à savoir la persuasion avec les outils qui s'y apparentent. Ou alors, elles procèdent par la menace.

S-F5: *« Quelquefois, on leur dit ah! Si vous ne respectez pas ce qu'on vous dit, les « blancs » (bailleurs de fonds) ne vont plus vous envoyer ce qu'on vous donne... toujours, juste pour les informer. »*

Souvent, nos informatrices associent causerie et supports audio visuels:

S-F6: *« On faisait de petites causeries avant de commencer nos activités de consultation, la consultation prénatale...»*

S-F3: « *Nous utilisons une boîte à images ou bien le flanélographe...* »

S-F4: « *Je prépare une fiche pédagogique...Je me sers des boîtes à image ...* »

La composition du groupe est quelques fois objet de sélection pour les besoins de la cause.

S-F1: « *La causerie, animation de groupe d'hommes et de femmes ou bien de femmes à part et d'hommes à part. Un groupe de sketch. Des cassettes vidéo sont enregistrées dans la langue du milieu, le yoruba...* »

Dans la pratique, certaines sages-femmes ont recours aux canaux et médias traditionnels pour la promotion du message.

S-F2: « *C'est par le griot et la mosquée que nous faisons passer le message...la communication. Le message en langue locale, c'est par le chef quartier, les griots et les mosquées; parce que d'abord peu ont de radio et n'ont le temps d'écouter au moment où les émissions passent.* »

Dans leur approche d'information et d'éducation pour la pratique contraceptive, les sages-femmes s'appuient sur des réseaux de soutien... pour favoriser le contact au sein des groupes sociaux d'une part ...

S-F3: « *Nous disons que nous passons par les notables du village et, nous essayons de causer avec eux. Et c'est eux qui... qui nous aident à atteindre le maximum de femmes.* »

S-F6: « *Nous essayons aussi de toucher des membres influents du coin pour pouvoir sensibiliser ceux qui pouvaient s'opposer éventuellement...à la séance ou à la planification ».*

Adapter le contenu à la réalité locale, d'autre part ...

S-F4: « *On essaie de se rapprocher des vieilles et des sages du village pour nous donner... les termes corrects pour désigner ces organes génitaux ou bien l'acte sexuel pour ne pas ... agacer les participants...* »

Cependant, la dynamique du groupe en apprentissage est révélatrice des influences, externes ou internes à la femme.

S-F4: « *D'autres réagissent bien, d'autres craignent leurs maris* ».

S-F3: « *Quand les femmes sont seules, elles sont libres, elles sont plus dégagées, elles parlent mieux que quand elles sont avec les hommes* »

S-F1: « *Si, groupe mixte il y a une timidité au niveau des femmes, un peu honte. Après les séances, celles qui sont intéressées se déplacent vers nous* ».

Les réactions se situent dans l'optique de la dynamique de groupe et de la famille, elle-même inspirée par la dynamique au sein de la société et la symbolique qui entoure la contraception. Nous relevons dans ces causeries éducatives que l'information sur la pratique contraceptive prend le pas sur la justification de la nécessité de la pratique.

3.1.2. Les coutumes, les mœurs et la religion

Les coutumes, les mœurs et la religion occupent une place prépondérante en milieu rural, là où l'information est essentiellement transmise à travers les traditions orales. Dans la pratique éducative, le

sexe et la vie sexuelle qui sont au centre du message, apparaissent comme banalisés et présentés à contretemps. Toutes nos informatrices le rapportent comme éléments de préoccupation et de gêne.

S-F4: « *Chez certains, si tu dis, on dit que ces gens-là, ils sont déréglés hein!. C'est du rapport sexuel qu'on parle comme ça. Et elle, il ne te suit même plus et ton message ne passe pas* ».

S-F6: « *C'est toujours un domaine honteux. Ah, on ne doit pas exposer les problèmes intimes* ».

S-F3: « *...Tel que par exemple nous pouvons parler de la vaccination ou bien de la nutrition facilement devant les femmes... bon en ce qui concerne la PF, il faut quand même voir, étudier le milieu, voir, et vraiment comment s'y prendre pour pouvoir faire passer le message sinon...* ».

S-F5: « *Vous savez, le sexe c'est quelque chose de honteux en principe ce truc là, on ne doit pas en parler en public* »

S-F6: « *Mais quand tu fais une sensibilisation et tu parles du sexe, vraiment [exclamation!] les gens..... ne sont pas à l'aise, on trouve que c'est..., tu es gâtée ou bien ah! comment la femme là est debout comme ça, pour se mettre à dire des choses comme ça...* »

S-F1: « *... le sexe pour les gens c'est quelque chose ... on ne doit pas parler de sexe comme ça...* »

Les femmes rurales constatent en général que le sexe est de plus en plus banalisé et son importance occultée. Quant à la religion, à quelques nuances près, elle apparaît comme une réalité permanente qui constitue par contre pour les sages-femmes un obstacle à l'IEC.

S-F5: « Il faut associer les chefs traditionnels, les autorités, euh..., Il y a l'Imam [chef religieux] tout ça là, mais ceux là n'entendent pas parler de ça par exemple après une prière, ils trouvent que c'est un péché ainsi de suite ».

S-F6: « Il y a le...au niveau de la religion surtout de la religion musulmane qui interdit et la religion catholique aussi qui interdit toute pratique qui n'est pas naturelle et qui doit limiter les naissances. Par exemple, eux autres ils croient que ces méthodes là font faire de mini avortements».

S-F1: « En période de carême on dit qu'on ne fait pas d'injection donc la femme doit finir son carême...»

S-F2: « Il y a quand même des extrémistes [fidèles] qui croient en religion. Que ce que Dieu a donné, il faut faire. Les musulmans surtout, ils disent que la femme n'a pas droit à dire qu'elle va donner un peu d'enfants ; Si elle doit rester comme ça, et le reste ... les ovules qu'elle a dans son organisme.... où elle va laisser ? »

C'est parfois une religion traditionnelle avec tout son influence...

S-F5: « Si tu veux d'enfant, le fétiche donne et si tu ne veux pas le fétiche peut t'en empêcher, c'est-à-dire quand tu veux concevoir là il y a certaines cérémonies à faire, quand tu ne veux pas il y en a, donc c'est ça mais...»

Quelques fois, les positions religieuses sont nuancées ...

S-F3: « Le responsable religieux lui-même n'est pas en train de faire une contre information sur notre PF. Ceux qui sont réticents et qui tiennent

beaucoup à la religion ne viennent pas, mais ils laissent quand même les femmes libres de suivre» .

S-F4: *« La plupart des femmes sont des musulmanes. Il n'y a pas cette femme, ou ce mari qui dit que la religion ne veut qu'on fasse la PF. ... »*

Ces propos apparemment conciliants du point de vue religieux, concernent des populations très voisines, même si elles habitent dans deux provinces différentes.

Quant aux mœurs et coutumes, ils génèrent les mêmes réactions presque partout...

S-F6: *« Il y avait des mœurs qui ne permettent pas de développer la planification au sein des populations rurales».*

S-F5: *«Il y a des femmes qui à peines mangent, mais tous les ans elles portent une grossesse».*

S-F2: *« Comment une femme d'un autre homme qui ne doit pas sortir pour aller à la maison d'un autre homme ira se mettre devant les autres hommes et leur parler ? »*

Les coutumes et mœurs imprègnent fortement les rapports entre les hommes et les femmes et modèlent le comportement des individus, de la famille et de la société.

S-F5: *« Selon les hommes c'est sous l'arbre à palabre qu'on discute souvent; ils ont un aîné ou bien quelqu'un qui parle, ils écoutent donc, c'est à travers ceux là qu'on pourra passer ».*

S-F6: *« Le poids de ces croyances et autres là, écrasent les messages que*

nous leur apportons ».

S-F4: *« l'infidélité, c'est sur ça que les maris insistent beaucoup ».*

S-F2: *« On pense qu'en faisant le planning, elle va tricher en dehors du foyer ».*

S-F3: *« La décision elle ne se prend pas de suite; c'est, il faut un consensus du mari ».*

S-F2: *« Parfois, il y a des réticences à l'information. Vous arrivez et quand vous commencez le sujet, les hommes changent de principe ».*

S-F6: *« Les problèmes que nous rencontrons, c'est la réticence des maris. D'autres qui disent que nous sommes venus détourner les femmes, ou bien les sortir, leur ouvrir la voie de l'adultère ».*

S-F4: *« D'autres maris disent, si on met la femme sous contraception, que c'est difficile dans leur milieu de les surveiller, que d'autres femmes prennent ça pour commettre de l'adultère, il y a d'autres qui sont exigeants et disent que c'est pour ...proliférer l'infidélité dans leur milieu... »*

S-F5: *« Il y en a qui selon les méthodes ne voulaient pas, ou avaient certaines préférences pour certaines méthodes, compte tenu du comportement des époux et partout où on passe c'est le même problème... »*

S-F4: *« Les hommes, les polygames n'aiment pas du tout la PF ... »*

Il existe rarement une adhésion ...

S-F4: «... mais il y a d'autres qui comprennent un peu... ».

Mais, nous notons une propension plus grande aux pratiques contraceptives traditionnelles, malgré quelques réserves. Les pratiques contraceptives traditionnelles sont largement répandues surtout en ce qui concerne l'abstinence prolongée en milieu familial polygame. Cependant toutes ces pratiques ont été systématiquement rejetées sans discernement par les sages-femmes. Les pratiques liées à la planification et à la protection, semblent connaître plus de succès auprès des jeunes du fait de l'instruction et plus récemment de la peur du sida.

S-F3: « Elles disent que les pratiques traditionnelles sont vouées à l'échec donc elles ne se fient pas trop à ces méthodes là. Toutes les femmes d'office... vous savez que chez nous il y a là, il y a la contraception traditionnelle, c'est-à-dire la femme se « méfie » de son mari, après l'accouchement, elle va rester avec sa maman... »

S-F1: « La polygamie qui était un frein à la pratique..., si une femme accouche, on ne doit plus s'approcher d'elle, c'est une autre, on se contente de celle qui n'a pas une grossesse ou bien de celle qui n'a pas un bébé »

S-F5: « Il y en a qui utilisent des amulettes, il y en a qui utilisent des bagues, il y en a qui utilisent des... des cordelettes... et je crois, il y en a qui utilisent des infusions... Tout ça là c'est des choses que nous ne connaissons pas; on ne connaît pas les composantes, on ne peut pas parler avec précision de ça dans ce sens là »

S-F4: « Certaines avaient l'habitude de pratiquer des méthodes traditionnelles à savoir les bagues (anneaux), les bagues surtout. Même si

on enlève la bague, si l'empreinte ne s'efface pas, tu ne tomberas jamais enceinte. »

S-F6: *« Il y a les bagues, il y a l'abstinence dont je viens de parler, la polygamie qui permet à la ...aux maris d'éloigner la femme qui vient d'accoucher en attendant que la seconde femme, aussi (devienne) femme enceinte, aussi accouche».*

S-F2: *« Elles disent que les maris font les talismans (objets de pouvoir), les maris leur donnent les chaînes à mettre au rein (bassin) jusqu'au jour où elle voudra concevoir avant d'enlever... Vraiment, il y a toujours d'échec» .*

Cependant, les jeunes, de plus en plus instruits et vivant dans un environnement de pandémie de VIH, montrent plus d'ouverture à l'utilisation de la contraception moderne et du condom.

S-F6: *« Il y a des lieux où ça marche avec leurs enfants qui ont fait l'extérieur, ou bien qui sont restés dans les villes. Ils nous aident dans ce domaine ».*

S-F4: *« les maris qui refusent viennent ici prendre des condoms. Ils acceptent les condoms ».*

S-F5 *« Parfois même, les gens lettrés, il y en a qui n'acceptent pas du tout, à plus forte raison, les gens qui ne sont pas lettrés »*

S-F1: *« Les jeunes sont beaucoup plus intéressés à la chose avec un besoin d'informations. »*

S-F2: *« Les jeunes ont commencé par changer parce que les vieux ont des*

enfants qui sont des intellectuels et avec le temps que nous ayons fait avec eux nous avons constaté qu'il y a un grand changement parce que ceux qui ne venaient même pas à l'hôpital, maintenant fréquentent nos infrastructures ».

S-F1: *« En général, on a remarqué quand même que, ça les intéresse. L'information ne va pas vers tout le monde ...»*

S-F2: *« Nous, on a compris que l'IEC est entrain de pénétrer dans la population parce que le nombre d'avortements provoqué des nourrices [diminue] »*

3.1.3. Les leçons et le suivi des activités.

S-F3: *« Maintenant, les raisons qui les poussent à ne pas accepter ça, qu'il faut chercher à savoir et je disais tout à l'heure que peut-être que c'est nous qui avons encore certaines insuffisances pour ...»*

S-F4: *« On fait tout pour les amener à [la] raison. C'est difficile.»*

S-F5: *« On doit leur faire comprendre, jusqu'à ce qu'elles comprennent.»*

S-F5: *« Si vous voulez apporter du nouveau à cette personne par rapport à sa conception ancienne, il faut d'abord l'écouter et en l'écoutant vous pouvez orienter ce que vous avez à dire.»*

S-F6: *« Même s'il y a des mœurs et vous savez le bien que la chose vous apporte, vous pouvez facilement oublier le côté mœurs et adhérer à ce qu'on vous offre pour vous sauver.»*

Lorsqu'elle a lieu, la supervision se focalise plus sur les problèmes liés à la cession et à l'utilisation des méthodes contraceptives, et de façon exceptionnelle sur l'approche IEC utilisée.

S-F5: « *il a été dit, qu'il y aura de supervision, mais pour le moment on n'en a pas encore reçue. »*

S-F4: « *Depuis la formation du 12 novembre là, il n'y a pas de supervision sur la PF, c'est sur la maternité (la consultation prénatale).»*

S-F6: « *Si les chefs hiérarchiques doivent encore nous guider et nous dire et nous montrer les directives, le plan à suivre pour quand même arriver à rehausser...le taux de fréquentation des méthodes en planification, ce serait une bonne chose... De temps en temps le médecin chef vient en supervision. Il y a des équipes départementales qui viennent nous superviser. Il y a des équipes nationales aussi. »*

S-F1: « *Nous bénéficions de la supervision départementale. C'est surtout les prestations de PF. Pas de supervision particulière pour l'IEC-PF »*

S-F2: « *[La supervision] des activités PF, c'est du département vers nous. Il nous demande nos problèmes. Quel problème nous avons et avec toutes ces questions il arrive à voir et des fois même on revient encore sur une formation de quelques 20 à 15 secondes»*

S-F3: « *Il y a une supervision... les superviseurs vont même dans la population pour demander des informations, réclamant les carnets pour voir les acceptantes, comment je vends les pilules ... si la population veut bien de la planification. Si la population a compris ».*

En résumé, l'approche pédagogique et le message éducatif, tels que recensés et analysés à partir des récits, sont les conséquences de la manière dont les sages-femmes ont été antérieurement formées. Le contenu de leur formation a surtout mis l'accent sur la technologie contraceptive et les approches normatives. Ces résultats sont aussi la conséquence de la manière dont elles perçoivent leur propre société et la façon dont elles décodent des réalités essentielles comme le sexe et la sexualité, fortement ancrées dans les représentations collectives. Par ailleurs, ce sont ces réalités sociales, singulièrement l'importance des conjoints et de la société dans la prise des décisions d'une part, et les représentations collectives issues du sexe, de l'enfant et de la femme d'autre part, qui façonnent la vie quotidienne en milieu rural.

Les sages-femmes qui s'occupent de l'éducation pour la santé favorisent des messages standardisés. Ces messages prônent une approche fondée sur la contraception moderne alors qu'au sein des populations dominant l'autorité des hommes, la contraception par abstinence et une communication systémique où se mêlent expériences collectives, croyances et représentations symboliques.

Dans la section suivante, et à travers le récit de référence, nous ferons une étude plus approfondie des éléments de la pratique éducative, en particulier la méthode pédagogique et le style de communication d'une part et les éléments de la représentation collective d'autre part. À cet effet, nous tenterons de donner une interprétation à la lumière de la littérature, des différentes représentations qui constituent. Selon les sages-femmes, un frein à la communication pour la PF en milieu rural.

3.2. Analyse du récit de référence

Gill Gordon et Peter Gordon (1988) écrivaient " nos connaissances et notre expérience individuelle constituent un point de départ précieux pour nos activités de formation de la santé." Cette réflexion conduit à poser la question de savoir si les connaissances et les expériences suffisent-elles pour assurer le succès de la promotion de la santé de la reproduction? Cette interrogation est d'autant plus pertinente que l'agent de santé et, dans le cas d'espèce, la sage-femme doit s'adresser bien souvent, pour les activités d'information, d'éducation et de communication en PF, à des femmes, à des adolescentes, voire à des familles déjà munies de leurs propres connaissances, expériences de tous genres et autres croyances. À travers les lignes suivantes, nous relatons quelques aspects d'un récit qui illustre la richesse de cette expérience et témoigne largement du sens que les sages-femmes donnent à leurs actions.

3.2.1. Résumé du Récit

Le résumé se présente sous la forme d'un monologue. Il s'agit du récit de la sage-femme numéro 6:

Au départ ...

J'ai commencé ma carrière en 1978 à Kolibo¹. (...)

Avant ce n'était pas l'IEC en tant que tel; on faisait de petites causeries dans tous les domaines. Nous parlions de l'espacement de naissance... Après, j'étais affectée à Glazoué... puis à Bohicob... [deux autres

¹ C'est le complexe de santé dans laquelle le sage femme a travaillé.

localités]. C'est à B... que les activités de Planning étaient menées d'une façon beaucoup plus concrète par rapport aux autres postes là.

Et les motivations qui sous-tendent l'action ...

« On nous expliquait dans le temps que l'IEC c'est la seule arme qui peut nous faire parvenir jusqu'au dernier hameau les bienfaits de la PF.»,

puis d'ajouter...

«Il y a des femmes mères qui sont surprises par des grossesses inattendues qui arrivaient après avoir eu de retard de 2 à 3 mois....»

«Il y a des fois même vous remarquez que cette femme en principe doit faire la PF, pour telle ou telle raison... mais elle vous dit que son mari n'est pas d'accord.»

Bien souvent, les sages-femmes racontent qu'elles ont recours à l'information (sur la pratique quotidienne) pour la sensibilisation...

«...Si la femme est malade, l'enfant toujours malade, l'homme est toujours à l'hôpital; ça veut dire que son champ ne doit pas produire »

Et les différents thèmes sont véhiculés par différentes approches de communication...

On faisait de petites causeries avant de commencer nos activités de consultation, la consultation prénatale....

Nous n'avons pas de cassettes vidéo, mais on a quand même des boîtes à images, ou alors par des affiches éducatives :

« C'est l'ABPF² qui nous en a... qui a donné quelques images... trois images (affiches)... une image de femme, bébé au dos, grossesse en cours et un enfant marchant ; une autre image d'une famille épanouie avec trois enfants, dont l'un venant après l'autre de façon espacée. La troisième image, c'est l'image d'une... d'une ... de trois femmes, l'une élève, l'autre d'un âge moyen et la troisième d'un... d'un âge avancé.

On voit physiquement [sur l'image] que la femme d'un âge avancé, supporte très mal la grossesse. L'élève est très inquiète. Par contre, celle qui a l'âge moyen, elle... elle... elle est épanouie dans son état de grossesse. Donc il y a ce support que nous utilisons selon les besoins du moment».

Nous, pour les séances d'IEC, nous choisissons une cible, un quartier de la ville ou bien un village environnant. Nous prévenons les...les femmes que nous voulons visiter; nous essayons aussi de toucher des membres influents du coin pour pouvoir sensibiliser ceux qui pouvaient s'opposer éventuellement...

Donc, nous avons quelques matériels, nous avons les contraceptifs, nous avons le matériel pour mettre le DIU³...nous avons le pénis artificiel et nous exposons toutes les méthodes (contraceptives)..."

«Et... Il y en a qui, à parler de sexe, c'est un tabou; quand parfois on explique, ah!... On se cache le visage; on trouve qu'ah! la femme là, comment elle peut se mettre à dire des choses comme ça, ou même parfois quand on fait des expériences par rapport au port du condom, par exemple, quand on sort déjà le mannequin [le pénis artificiel],

² ABPF: Association Béninoise pour la Promotion de la Famille, c'est une ONG qui fait la promotion du planning et de la santé reproductive(Unicef,1998).

³ Le DIU, c'est le dispositif intra-utérin ou stérilet.

Ah ! Vraiment! il y en a même qui veulent se lever tout ça là bon, je crois que c'est la..., la culture, c'est compte tenu de la culture de ce milieu que ça se passe comme ça...»

...Mais quand tu fais une sensibilisation et tu parles du sexe, vraiment [exclamation!] les gens... ne sont pas à l'aise, on trouve que c'est..., tu es gâtée ou bien ah! comment la femme là est debout comme ça pour se mettre à dire des choses comme ça...

Quand on aborde ce domaine, c'est toujours un domaine... un domaine honteux. Ah! On ne doit pas exposer les problèmes intimes. Pour les femmes, c'était ça...

Les raisons.... on a vu que c'est peut-être les mœurs et les parents, les parents qui sont toujours à la base des « systèmes des maris ». Et puis les maris aussi...

Cette croyance est... la population, les gens de village, en tout cas, nos parents y tiennent beaucoup. On sent qu'ils ne veulent pas lâcher. Le poids de ces croyances et autres là écrasent carrément les messages que nous leur apportons.

Moi, je vois que c'est ça qui fait que nous n'évoluons pas, parce que depuis qu'on a commencé à parler de la PF il n'y a pas cette paysanne du fin fond d'un village qui ne sache ...qu'il y a (existe) quand même quelque chose pour empêcher la grossesse (PF).

Nous les rassurons en leur disant que ce n'est pas quand elles sont tombées dans le piège comme on le dit, une grossesse surprise qu'il faut

courir derrière l'agent de santé pour vouloir avorter, c'est pour prévenir ces grossesses surprises que nous parlons de la PF.

C'est comment avoir des enfants voulus au moment voulu et le nombre voulu. Après les causeries... leur réaction, leur désir, l'empressement qu'on note sur-le-champ, au niveau, au sein du groupe, une fois que nous revenons, on voit que ce n'est pas cet empressement au fait qui continue jusqu'à... au niveau de notre service.

...c'est comme si ...eux autres ne savent pas que le monde évolue et qu'il faut exposer les choses clairement pour qu'on sache de quoi il s'agit.

Nous allons même jusqu'à leur porte...pour faire les [la sensibilisation] elles se montrent réticentes.

les problèmes que nous rencontrons, c'est la réticence des maris...

Les femmes qui sont arrivées...ont du mal ...à raconter à leur mari, l'entretien avec les agents de santé...parce que chez eux, la femme n'a pas le droit d'aborder ces genres de sujet.

D'autres disent que nous sommes venus détourner les femmes, ou bien les fait sortir, leur ouvrir (sourire) la voie de l'adultère.

Sur le terrain, les difficultés que nous rencontrons sont énormes. Parce que, il y avait des mœurs qui ne permettent pas de développer la planification au sein des populations rurales..

Les coutumes font que la femme ne peut exécuter que ce ...le mari aurait dit. S'il refuse, même si ça lui plaît, elle, elle n'a pas le droit de dire oui ou de choisir délibérément ce que son mari n'aurait pas voulu, sinon peut-être

qu'elle le ferait en cachette ; mais le jour elle serait vue ou elle serait sortie de sa cachette ou ce qu'elle fait clandestinement, elle aura chaud; soit elle quitte le mari, si on l'a traduit peut-être devant un conseil de famille, pour s'expliquer.

.... surtout dans le domaine de PF, quand il est question de mari et femme c'est vraiment difficile...

Il faut dire que le monde a changé, nous ne sommes plus au temps des vieux où c'est les grandes personnes seules qui vont parler de ceci, cela en cachette, du sexe.

Mais je trouve que si l'IEC... avec l'IEC... , si nous nous accentuons sur l'IEC, l'effectif va augmenter parce que malgré les..., malgré qu'il y ait des hommes qui ne veulent pas que les femmes (pratiquent la P.F.) ..., il y a des femmes que moi je reçois en cachette; ah, sage-femme, vraiment tu es femme comme moi, c'est quelque chose de confidentiel tout ça là, je dis non le travail que nous, nous faisons ce n'est même pas uniquement au niveau de la PF. Il n'est pas, tu n'es pas tenu de dire pourquoi une malade est venue ainsi de suite, c'est déjà..., comment dirai-je après, c'est un serment que nous prêtons donc par rapport à ça, on ne peut pas se mettre à..., je reçois des femmes comme ça en cachette le mari n'est pas... parce que la femme... c'est la femme qui vit le problème, donc quelque part je dis certes on va sensibiliser les hommes mais faudrait pas qu'on se dise que si l'homme n'accepte pas qu'on ne satisfasse pas la femme parce que c'est elle qui vit le problème, c'est elle qui est comment on appelle, c'est elle qui, qui conçoit la grossesse, c'est elle qui s'occupe de l'enfant ainsi de suite, il y en a même, il y a des hommes même qui, même financièrement ne font rien, c'est la femme qui fait tout. Donc par rapport à tout ça...

Même s'il y a des mœurs et vous savez le bien que la chose vous apporte, donc vous pouvez facilement oublier le côté mœurs et adhérer à la..., à ce qu'on vous offre pour vous sauver, pour vous aider...

C'est pourquoi je me demande si ce n'est pas le niveau de compréhension....eux autres ne savent pas, ils ne touchent pas du doigt le bien que peut leur faire la planification.

....au niveau de la religion, surtout de la religion musulmane qui interdit, et la religion catholique aussi qui interdit toute pratique qui doit ...n'est pas naturelle et qui doit limiter les naissances. Par exemple, eux autres, ils croient que ces méthodes là font faire de mini-avortements.

Il y a surtout une certaine pratique avec les méthodes traditionnelles....

Il y a les bagues, il y a l'abstinence, la polygamie qui permet...aux maris d'éloigner la femme qui vient d'accoucher en attendant que la seconde aussi, femme enceinte aussi accouche.

Mais l'abstinence n'est pas toujours efficace puisque quand le mari, lui, vous êtes sous son toit, il vient vous voir un soir, vous ne pouvez pas refuser. Parfois, elles tombent dans ce qu'elles ne veulent pas.

...mais on a vu quand même des cas d'une grossesse qui n'est pas du mari. Devant cette situation, si le couple avait compris ce pourquoi on faisait la PF, moi je vois qu'ils auraient adhéré à la PF, au lieu de renvoyer leur femme vers....d'éloigner leur femme croyant faire une planification par abstinence, je voulais dire...

je me dis est-ce, c'est parce que le niveau de compréhension n'est pas suffisamment développé ou bien c'est la mauvaise foi ou ils (elles) ne veulent pas.

Souvent...

Quand...elles sont ...elles sont bien contentes, on sent qu'elles veulent adhérer aux méthodes contraceptives modernes, mais, il y a ce problème de coûts...

Pour elles, elles veulent tout gratuitement.

Il faut aller à leur porte ; quand bien même, vous allez à leur porte, il y a d'autres qui vous ferment la porte au nez...

.... C'est pour cela au début, je disais au début, est-ce notre niveau de compréhension africaine qui...?

je vois que... l'effort fourni en principe n'est pas aussi récompensé en résultat...

...en tout cas, moi je ne suis pas satisfaite, je vois que ce n'est pas encore le résultat que...auquel nous nous attendons.

Donc, c'est un souci permanent...

3.2.2. La Communication et les représentations

Le récit exprime l'expérience et la motivation de la sage-femme numéro 6, comme toutes les autres femmes, confrontée à une double réalité sanitaire et sociologique. Le contenu va de la conviction au désenchantement, de la certitude à la désillusion. Il mérite une analyse en profondeur à partir des éléments qui donnent un sens à la pratique

des sages-femmes et aux comportements des populations en milieu rural.

En effet, la pratique de la PF, et plus encore avec les méthodes contraceptives modernes, met globalement en jeu trois catégories d'acteurs: la femme, le conjoint et l'enfant d'une part, l'environnement ou l'entourage d'autre part, et l'agent de santé qui joue le rôle de médiateur entre les deux premiers groupes. Le rôle dévolu à chacun peut faciliter ou compliquer la communication et par conséquent, la contraception.

Le succès de la P.F. veut s'appuyer sur l'éducation pour la santé au sens large, comprise dans ce travail comme la promotion de la PF donc l'information, l'éducation et la communication pour la PF. Le processus de communication en P.F. apparaît non seulement comme le reflet du comportement final attendu (la PF en milieu traditionnel), mais aussi de la nature et l'influence des liens sociaux, des besoins et des motivations de la population.

3.2.2.1. Le Contenu et le style de communication.

Dans le présent récit, la sage-femme utilise tantôt la communication interpersonnelle, tantôt la communication de groupe. Le choix est porté sur la rencontre individuelle des femmes venues pour une prestation en milieu de santé (consultation prénatale, accouchement ou consultation d'enfants sains, et.). La technique utilisée est dite de counselling. Il s'agit d'une communication interpersonnelle où la parole est (supposée) donnée à la femme pour un choix éclairé. Bien souvent, les séances éducatives se déroulent dans un groupe élargi, au centre de santé, dans les villages ou quartiers. Ici, il y

a une tendance à recourir à des personnes ressources qualifiées de leaders d'opinion comme l'affirme la sage-femme numéro 6.

« (...) Nous essayons aussi de toucher des membres influents du coin pour pouvoir sensibiliser ceux qui pouvaient s'opposer éventuellement...à la séance ou à la planification... » S-F6.

En effet, certaines personnes qui ont une grande capacité de persuasion en milieu rural africain sont reconnues plus aptes à véhiculer les changements au sein de la population. Elles sont reconnues comme des innovateurs, à la différence ici que leur capacité à induire le changement soit éclairée par les us et coutumes du milieu. Les leaders d'opinion jouent alors un rôle d'entraînement, et deviennent des "agents du changement social". Pour Katz (1971), les mass-médias servent à informer, alors que les contacts personnels permettent de «légitimer» ce qui peut être compatible avec les valeurs du groupe d'appartenance.

Chaque message véhiculé par les agents de santé a un contenu précis; conçu d'avance et disponible comme une trousse d'instruments en tous temps et en toutes circonstances. C'est un contenu très rationnel qui s'inspire des processus de changement par stimulus-réponse⁴.

"...la PF, c'est pour le bien de la famille. Une fois que vous n'avez pas de problèmes, vous avez des enfants voulus au moment voulu..."

⁴Il s'agit en général d'associer un stimulus à une réponse souhaitée (un comportement) de manière répétitive. Ainsi, un stimulus négatif associé à une réponse finit, à force de répétition par faire disparaître la réponse, c'est-à-dire le comportement non souhaité. Un stimulus positif associé à une réponse aboutit à faire en sorte que le sujet cherche à reproduire le comportement souhaité (la réponse pour le stimulus associé).

"...Si la femme est malade, l'enfant toujours malade, l'homme est toujours à l'hôpital; ça veut dire que son champ ne doit pas produire..."

En dehors des dimensions cognitives du message, les contenus tendent à influencer les attitudes et la dimension affective des individus.

" Bon! ...nous parlions des méthodes...les différentes méthodes qui existaient aux femmes".

Ainsi... " On préparait déjà les femmes enceintes à choisir une méthode, après l'accouchement pour ne pas avoir des grossesses surprises ".

Bien souvent, la sage-femme adopte une approche plus argumentative qui consiste à prouver que l'offre peut et doit mener vers une satisfaction certaine.

" Comment avoir des enfants voulus au moment voulu et le nombre voulu..."

Il s'agit d'associer les émotions, les passions ou les sentiments parfois préexistants, chez les femmes et les adolescentes avec ultimement un changement de comportement.

Ce qui fait dire: "(...) la PF, c'est pour le bien de la famille. Une fois que vous n'avez pas de problèmes vous avez des enfants voulus au moment voulu..."

C'est une argumentation qui s'appuie sur la description de la situation résultant de l'adoption du comportement souhaité.

Pourtant, les cibles visées reçoivent mal les messages dont les contenus leur paraissent incompatibles avec leur réalité sociale. Ainsi, le constat ci-après revient sans cesse:

"...mais quand tu fais une sensibilisation et tu parles du sexe, vraiment ... (exclamation) les gens ... ne sont pas à l'aise, on trouve que tu es «gâtée» ou alors ... Après les causeries ... leur réaction, leur désir, l'empressement qu'on note sur-le-champ... ce n'est pas cet empressement au fait qui continue jusqu'à ... au niveau de notre service".

La sage-femme essaie en général de persuader par la peur, une méthode inspirée du modèle des croyances relatives à la santé (Becker, 1974; Janz et Becker, 1984). Elle adresse à ses prestataires une foule de messages qui ont en commun d'aller dans une direction, la même direction. L'approche utilisée est dite unidirectionnelle ou «top-down» comme le précise ces propos de la sage-femme numéro 6

« (...) Si la femme est malade, l'enfant toujours malade, l'homme est toujours à l'hôpital; ça veut dire que son champ ne doit pas produire... » (S-F6)

L'idée mentionnée se poursuit avec cette réflexion

«... votre mari ne fait rien et vous-même vous n'avez rien et vous voulez avoir beaucoup d'enfants, qui va les supporter ? Ils vont devenir des voleurs et vous aurez des problèmes, parce que personne ne veut voir son enfant en prison, il vaut mieux faire le peu (moins) qu'on peut supporter que de faire beaucoup qu'on ne peut pas supporter» (S-F6)

Il ne suffit pas de donner une information adéquate, mais il faut encore qu'elle soit comprise correctement par les bénéficiaires qui se l'approprient entièrement. Le comportement ne saurait être déterminé systématiquement par sa concordance avec des buts objectivement définissables, donc une sorte de carte routière telle que définie dans les

théories cognitives d'apprentissage par Tolman cité par Cotton (1985:53). Il a été démontré par ailleurs, que chercher à convaincre par la peur («scare tactic») ne donne pas toujours de bons résultats. Les gens tendent à se fermer aux messages, à le refuser en bloc.

« ...Moi je vois que c'est ça qui fait que nous n'évoluons pas, parce que depuis qu'on a commencé à parler de la PF il n'y a pas cette paysanne du fin fond d'un village qui ne sache ...qu'il y a (existe) quand même quelque chose pour empêcher la grossesse (PF).» (S-F6)

Parfois, nous constatons que l'agent de santé essaie de s'inscrire dans une démarche de participation tendant à impliquer les bénéficiaires pour atténuer ou éviter ce que Martin (1987:140) a nommé "les réactions vives" manifestées contre l'égoïsme professionnel du corps médical qui prend souvent des allures de «légitimité de droit divin». Les boîtes à image et autres affiches sont alors abondamment utilisées pour établir un échange et créer une interaction avec les bénéficiaires lors des séances éducatives au centre de santé ou dans les villages.

S-F6 : " (...) nous exposons toutes les méthodes ... nous leur posons des questions , de savoir si elles comprennent quelque chose de dessin (affiches) que nous leur exposons. Elles disent ce qu'elles ont vu; une femme enceinte avec un enfant... sur une autre page, s'il y a beaucoup d'enfants...etc."

"... Aux vues de tout ça, nous leurs disons ce que nous pensons, ce qu'on doit faire pour éviter ce genre de situation " (S-F6)

En réalité, c'est la sage-femme qui conclut et propose après l'entretien, le comportement à adopter. Le comportement proposé non seulement s'inspire de données épidémiologiques qui ne concordent pas souvent avec la réalité quotidienne de la femme, mais paraît une solution

définitive et imposée⁵, Ce qui déclenche bien souvent des réactions négatives. Comme les propos rapportés par la sage-femme numéro 6

« (...) Il y en a qui à parler de sexe, c'est un tabou, quand parfois on explique, Ah!... on se cache le visage, on trouve que Ah! La femme là, comment elle peut se mettre à dire des choses comme ça » S-F6

Il paraît essentiel de donner aux interlocuteurs la possibilité, non seulement de réagir à ce qu'on leur dit sous forme de rétro-information, mais le cas échéant, de manifester leur désaccord dont il faut tenir compte. C'est d'ailleurs après en avoir discuté qu'on peut faire siennes les idées nouvelles.

En résumé, les idées véhiculées lors des séances éducatives considèrent la femme comme une entité biologique unique et socialement autonome. Malgré un effort de communication interpersonnelle et de groupe, les animatrices des séances éducatives pour la P.F. n'ont jamais su appréhender l'univers quotidien de la femme et les spécificités locales.

3.2.2.2. La femme dans la famille.

La famille constitue la structure de base de la société. La société béninoise est essentiellement patrilinéaire et accorde à l'homme une primauté de fonction et un privilège sur la femme. Au Bénin, la famille est généralement étendue et repose en grande partie sur une hiérarchie fort rigide. L'autorité véritable est détenue par le chef de la collectivité.

« (...) les coutumes font que la femme ne peut exécuter que ce ...le mari aurait dit. S'il refuse, même si ça lui plaît elle, elle n'a pas le droit de dire oui ou de choisir délibérément ce que son

⁵ Pour Wlatzawick et coll. (1972), la communication ne fait pas que véhiculer l'information, mais...elle peut aussi imposer un comportement.

mari n'aurait pas voulu, sinon peut-être qu'elle le ferait en cachette ; mais le jour elle serait vue ou elle serait sortie de sa cachette ou ce qu'elle fait clandestinement, elle aura chaud; soit elle quitte le mari si on l'a traduit peut-être devant un conseil de famille, pour s'expliquer.» (S-F6)

Ainsi, un mariage concerne tous les membres d'une collectivité et oblige la femme à se soumettre aux exigences de la famille, surtout élargie. Malgré l'autorité très marquée de l'homme, la femme dans la société béninoise joue un rôle important aussi bien sur le plan social, économique, culturel et surtout symbolique. Le sens commun en Afrique rurale sub-saharienne impose à la femme, comme valeur et surtout comme fonction, la manière dont elle organise son environnement domestique et s'occupe de son ménage.

La femme béninoise en général appartient à un espace culturel et géographique qu'elle utilise, qu'elle exploite et qu'elle transforme. Il est vrai que trop de travaux domestiques occupent au quotidien et durant de longues heures, la femme qui est encore obligée de s'adonner aux travaux des champs, du jardin et aux soins ou à l'éducation de ses enfants, d'où le pseudonyme de "femmes aux mille bras".

« (...) on prend le jour où elles sont disponibles à nous recevoir parce qu'on ne les surprend pas, elles sont souvent au champ et c'est elles qui donnent leur jour...»(S-F2)

Il convient de reconnaître avec Riss (1989: 37) que les difficultés de la vie quotidienne de la femme rurale sont dues à la précarité des conditions matérielles existantes, résultats d'une économie de subsistance dont le système d'échanges traditionnels était le "troc".

Au Bénin, comme partout en Afrique traditionnelle, l'homme participait à l'économie familiale par le don fait à sa femme de la récolte de céréales, destinée à nourrir la famille jusqu'à la récolte suivante.

Actuellement, des rapports marchands pénètrent au sein du couple et désorganisent de plus en plus ce système traditionnel. La femme rurale effectue alors des activités diversifiées et multiples comme le mentionne l'agent de santé numéro 4

« (...) Celles qui viennent des villages s'acharment plus sur les activités champêtres que d'entendre l'IEC sur la PF... »(F-S4

Afin de pouvoir disposer régulièrement d'une somme d'argent suffisante pour ses besoins, la population féminine a mis sur pied un type d'association très répandue en Afrique que l'on appelle « tontine ».

Du nom du banquier napolitain Lorenzo Tonti qui l'a créée en 1653, la "tontine" consiste à mettre en commun, périodiquement, une épargne et à distribuer la somme ainsi constituée à tour de rôle aux membres du groupe (Riss, 1989 :108).

Ces associations rarement mixtes sont autogérées et regroupent des personnes ayant des affinités, par exemple des femmes d'un même quartier ou originaires de la même région, ou femmes exerçant la même profession. Il est reconnu par ailleurs que ces réseaux économiques jouent un rôle social essentiel dans la vie des membres, et par extension, dans la vie des familles. Ils ont énormément inspiré ces dernières années la mise en place de crédits communautaires dans les villages béninois.

Par ailleurs, dans les sociétés rurales béninoises, le rôle premier de la femme était et demeure encore dans bon nombre de contrées celui de mère et son statut est valorisé par le mariage et les naissances:

**« (...) c'est la première grossesse pour ce mari là et elle ne peut pas planifier, de ne pas même inviter son mari pour lui dire...»
(S-F4)**

En milieu rural, la pression sociale en faveur d'une première naissance

est forte. Comme le souligne Locoh (1989: 61-94), les unions infécondes ont deux fois plus de chance d'être rompues avant trois ans de mariage que les unions fécondes. Selon Charbit (1998: 18-50) le risque de rupture du mariage est plus élevé lorsque l'âge au mariage est tardif d'une part, que lorsque la fécondité en début d'union (cinq premières années de mariage) est faible d'autre part.

Le couple conjugal est de fait le cadre exclusif de la procréation dans les sociétés traditionnelles et avec Tabutin (1979:107-122), nous pouvons affirmer que la fécondité constitue, ici plus qu'ailleurs, la finalité du mariage; elle en justifie la conclusion tout comme elle peut en conditionner la conservation. Mieux, la réalisation d'une forte descendance trouve ses justifications aux niveaux, tant social, économique que politique et religieux (Pilon, 1994: 275-283).

Une fécondité élevée est alors une condition nécessaire, induite par le système de production. Elle représente aussi pour les parents une certaine assurance pour l'avenir, quand ils n'auront pas la force de travailler, donc de se nourrir. Il s'en suit que la fécondité revêt une dimension sociale importante. La paternité sociale prime sur la paternité biologique, et c'est au niveau de l'homme, du groupe (patrilinéaire et patrilocal) et non celui de la femme qu'une forte fécondité est recherchée (Pilon, 1994:280). Ce qui explique que la crainte d'une éventuelle conséquence de la PF vient alors plus souvent des conjoints que des femmes:

« (...) quand vous commencez le sujet, les hommes changent de principe ; ils disent non qu'ils ne savaient pas que c'est pour tel ou tel chose; c'est des choses qu'on ne doit pas parler entre femme que vraiment, ils n'acceptent pas.» (S-F2)

La fécondité est ainsi au centre du système de production mais aussi du rapport de forces entre clans, qui vise de manière structurelle à

l'équilibre démographique. Et cette recherche d'un équilibre se fait par le biais d'une forte fécondité. En conséquence, une plus grande fécondité est vue comme la signification d'un accroissement démographique et ainsi plus de pouvoir et de prospérité du lignage (Aryée, 1979:287-304). Les messages en faveur d'un contrôle de la fécondité seront analysés et interprétés alors, en fonction de l'équilibre démographique local, du système de production et des besoins en facteurs de production dont la main-d'œuvre.

Par contre, l'abstinence post-partum est très répandue dans la société traditionnelle béninoise, favorisée par la polygamie et permettant un espacement de naissance qu'une limitation de la fécondité.

« (...) Il y a les bagues, il y a l'abstinence dont je viens de parler, la polygamie qui permet à la ...aux maris d'éloigner la femme qui vient d'accoucher en attendant que la seconde femme, aussi femme enceinte, aussi accouche...» (S-F6)

Pour certains auteurs, dont Ndondo a Pitshandenge (1992:55-64), le renforcement du rôle de la femme dans la famille par le pouvoir économique, l'isolement progressif de la relation conjugale et la plus grande liberté dans le choix du conjoint, finissent par individualiser le couple, par rendre la femme plus autonome et affecte l'ensemble de la procréation. Ainsi, dans les zones urbaines les nouvelles formes de famille tendent à faire disparaître les formes traditionnelles de fécondité (Adamchak et Ntseane, 1992). Dans leur majorité, les femmes en union libre connaissent mieux les méthodes contraceptives (Locoh, 1988) et les appliqueraient plus correctement que les autres.

⁶ Dans les sociétés à tradition d'abstinence post-partum prolongée, ce sont les plus instruits qui sont les plus susceptibles d'abandonner l'abstinence traditionnelle, réduisant potentiellement leur intervalle intergénéral et compensant l'effet du retard au mariage (Adégbola, 1979:337-361).

Les systèmes de production ont ainsi entraîné les nouvelles formes de mariage aujourd'hui en Afrique⁷, et les unions libres⁸ sont devenues plus fréquentes, surtout en milieu urbain. La vie se passe dans la séparation et avec elle une rareté des relations sexuelles et une baisse de la fécondité.

Ce modèle n'est pas accepté explicitement par la société et ne constitue pas le modèle dominant. Il est cependant accepté implicitement, et est surtout bien vécu par les femmes qui en sont souvent les instigatrices⁹ pour diverses raisons (autonomie, moyens limités de l'homme, etc.). Les unions libres semblent constituer une réponse aux conditions économiques du moment dès lors qu'il devient difficile d'assurer l'entretien régulier d'un ménage à plusieurs épouses (Karanja, 1988). Il faut cependant reconnaître que ce modèle de transition démographique à partir de l'urbanisation est très limité selon Piché cité par E. Gnansounou (1994:156) et ne tient surtout compte de l'importance des réseaux sociaux.

En Afrique, les parents et l'entourage interviennent partout dans la vie des couples pour les unions, mais surtout dans les décisions qui engagent l'avenir des couples et des familles, garantissant les caractéristiques du système familial comme le mentionne la sage-femme numéro 6

⁷ Les mesures d'assainissement économiques mises en place dans les pays africains à la suite de la crise économique des années 70 ont entraîné une hausse généralisée du coût de la vie, le développement de nouvelles stratégies de survie par les individus et de nouveaux comportements démographiques et sociaux, notamment dans les grandes agglomérations (Loch, 1988)

⁸ Les nouvelles formes de polygamie apparaissent, notamment dans les villes, avec les "maîtresses" ou le "deuxième bureau" qui marque l'existence de la relation entre un homme marié et une femme qui n'a pas de statut social et peut reprendre sa liberté quand bon lui semble (Lacombe, 1988).

⁹ Depuis la crise économique des années 70 et les comportements sociaux qui ont suivi, on note un affaiblissement du contrôle de la gérontocratie sur les jeunes générations et sur les femmes, ce qui entraîne de nouveaux modes de relations homme/femme et une diversité des formes (Jonckers, 1995; Tabutin, 1995; Vignikin, 1997)

"les raisons.... on a vu que c'est peut-être les mœurs et les parents, les parents qui sont toujours à la base des « systèmes des maris».... Et puis les maris aussi..." (S-F6)

Le niveau de fécondité devient incontestablement un phénomène de société et la PF tout comme la sexualité en Afrique Noire, ne constituent pas des valeurs autonomes pouvant être dissociées de l'ensemble des réalités environnantes:

" (...) Mais quand tu fais une sensibilisation et tu parles de sexe, vraiment (exclamation !) les gens...ne sont pas à l'aise, on trouve que c'est ...tu es "gâté" ou bien Ah! Comment la femme là est debout comme ça, pour se mettre à dire les choses comme ça" (S-F6)

La sexualité n'est en fait susceptible d'être maléfique que si elle est l'objet d'une manipulation inappropriée, c'est-à-dire quand l'acte sexuel ou la parole sortent du cadre socialement accepté. Le respect de la société traditionnelle envers la sexualité semble avoir pour assise une conception religieuse ancestrale.

3.2.2.3. La PF et la culture

La sexualité en Afrique noire apparaît comme une de ces réalités culturelles qui composent la trame de l'univers et qui, si elle est l'objet d'une manœuvre inappropriée ou incontrôlée peut entraîner des calamités dans l'univers ontologique et un déséquilibre physiologique et psychique chez l'individu responsable. C'est pour cela que le discours sur la PF a été longtemps reçu comme celui de l'extérieur, opposé au discours « africain » sur la famille, la valeur sociale de la fécondité, la solidarité entre jeunes et vieux (Locoh, 1992:14). Ainsi,

«Le but de la contraception est de permettre aux individus et ou aux couples de réguler leur fécondité selon leurs besoins et les circonstances » (Howard, 1994)

La PF, définie comme une intervention essentielle pour assurer le bien-être du couple et de la famille, n'a jamais apporté le succès attendu, du moins dans la plupart des pays africains sub-sahariens. Souvent conçus pour des objectifs démographiques¹⁰ et épidémiologiques par des personnes extérieures aux cultures africaines, les programmes de PF ont été mal implantés et mal reçus par la population déjà malmenée par l'esclavage, l'invasion coloniale et les guerres fratricides. Ainsi, la culture a constitué plus que jamais le dernier rempart contre ce qui apparaît comme une nouvelle perturbation sociale.

«La culture, héritage social, est l'élément appris du comportement humain, lequel s'impose aux individus; tout élément culturel a un sens culturel (forme d'action, croyance, coutume, institution ...); il signifie quelque chose pour les membres de la culture qui le détiennent et est reconnu comme signifiant quelque chose pour les membres de cette même culture» (Ombolo,1990 : 28).

Au demeurant, la plupart des femmes africaines désirent espacer leurs naissances de trois ans environ et réalisent cet espacement avec les méthodes traditionnellement à leur disposition (Locoh; 1992:17). Ces méthodes sont des réalités de la vie quotidienne qui portent des charges symboliques.

«(...) vous savez que chez nous, il y a la contraception traditionnelle c'est-à-dire la femme se « méfie » de son mari, après l'accouchement; elle va rester avec sa maman...» (S-F3)

¹⁰ Beaucoup de pays, comme l'Inde, renoncent à une approche étroite fondée sur les objectifs démographiques au profit d'une approche plus large qui tend à satisfaire les besoins des individus en ce qui concerne l'information et les services de santé en matière de reproduction. (FNUAP ;1997: 59).

« (...) Elles disent que les maris font les talismans, les maris leur donnent les chaînes à mettre au rein (bassin) jusqu'au jour où elle voudra concevoir avant d'enlever...» (S-F2)

À notre avis, la contraception traditionnelle participe du rôle culturel traditionnel de la femme, et même de la symbolique de l'enfant. La femme a en effet, un rôle culturel dans la vie de la famille et de la société en dehors des rôles économiques et sociaux développés abondamment plus haut. Ce rôle culturel est très médiatisé dans les rites locaux où la sexualité occupe par ailleurs une place de choix.

La femme, l'enfant et la sexualité imprègnent de par leur présence la trame culturelle¹¹ de l'Afrique traditionnelle et jouent un grand rôle dans les rites.

Les rites constituent dans les sociétés sans écritures (scripturales), les unités de stockage et de transmission de l'information et en même temps de magasin du savoir traditionnel (Turner, 1972).

Ces rites ont souvent une triple dimension de culture, de prévention et de pouvoir local. Autant les sociétés occidentales chantent l'amour et la beauté, autant les chansons africaines font l'apologie de la femme qui porte la vie et de l'enfant qui incarne les valeurs du passé et l'espoir d'un monde meilleur. Et si la femme est la gardienne des traditions, l'enfant apparaît comme le lien entre les morts, les vivants et la providence.

Au Bénin et comme partout en Afrique traditionnelle, la personne yoruba¹² par exemple n'existe fondamentalement qu'à travers son lien

¹¹ Le culturel est un code de sens et un système de symboles qui permettent aux membres d'un groupe de communiquer entre eux (de Médeiros, 1995).

¹² Wolé Soyinka (1986), à travers la mort et l'écuyer du roi, met en scène cette question du passage entre les mondes, le passage raté de l'écuyer du roi vers le monde des ancêtres avec un dénouement tragique. La mort de Olundé et le suicide de Elesin son père, représentent une thérapie sociale pour une société en violente transition et dont les éléments se retrouvent sur les frontières de l'ici familier et l'ailleurs différent.

avec ses ancêtres, l'origine de son lignage, à son terroir et au cimetière où les morts du passé ont été enterrés (Bibeau, 1996:50).

Dans les rites de passage de la vie à la mort, qui apparaissent comme un prolongement de la vie dans l'au-delà, le roi yoruba est accompagné de son écuyer, de son cheval et de son chien. Sur ce fond du rituel dans le sacré, le rôle de la femme peut surprendre par rapport aux fonctions sociales et économiques du premier niveau. En effet, être mère est la condition d'épanouissement de la femme. Mais c'est par elle aussi que s'apprennent et se transmettent les traditions et les coutumes, l'histoire et les interdits (Riss, 1989:54).

Dans la dramaturgie de Wolé Soyinka, c'est la femme, Iyaloja, "mère" du marché, garante des valeurs qui fondent la famille et la société qui officie les cérémonies rituelles. En milieu traditionnel du Bénin et plus particulièrement chez les Baatombu¹³, le rite de passage qui permet au jeune wassagari de recevoir son nom de prince est dirigé par la reine-mère et a lieu le septième jour après la fête de la Gani¹⁴ (Orou Yorouba, 1994:21).

C'est aussi la "mère du marché", qui préside et veille sur l'accomplissement des cérémonies rituelles. Iyaloja est par ailleurs gardienne de l'intégrité culturelle dans le comportement sexuel¹⁵. Dans

¹³ Les Baatombu forment une société hiérarchisée et castrée au Nord du Bénin; la structure sociale du milieu baatonu distingue plus particulièrement deux types de Baatombu: Les premiers, les "hommes libres ou " rotuliers " sont aujourd'hui les villageois ordinaires et les wansagaris qui sont les détenteurs du pouvoir politique (Orou-Yorouba, 1994:13).

¹⁴ Phénomène social total, la Gani était la seule circonstance où officiellement toutes les relations politiques pouvaient s'exprimer dans leur ensemble et résumer dans un fidèle schéma limité dans l'espace et le temps l'état actuel de la vie politique ainsi que la situation hiérarchique au sein du groupe Wasangari (Lombard 1965: 336) cité par Orou-Yorouba (1994:38).

¹⁵ Dans "La mort et l'écuyer du roi", Wolé Soyinka cité par Bibeau (996) fait remarquer qu'en mêlant le mariage et les funérailles, la défloration d'une vierge et le retour dans la matrice, originelle, Elesin a aboli la distance entre les mondes et a créé une extrême confusion au moment précis où il importait de tenir la vie et la mort à distance(Bibeau : 1996)

la scène tragique du passage raté à la mort de l'écuyer du roi (Elesin) pour non-respect des coutumes, la mère des cérémonies avait prévenu: « Si tu dois laisser une semence derrière toi, assure-toi qu'elle ne sera pas souillée par la malédiction du monde».

« (...) Or le sexe pour les gens c'est quelque chose ... » S-F1

Ainsi, si l'être sur le plan sexuel ne peut se penser sans l'être, la sexualité en Afrique Noire nous apparaît comme l'un des lieux privilégiés de la philosophie des Noirs. Elle exprime en effet, à sa manière et à sa place, cette idée qui nous est apparue comme constituant la clé de voûte du système ontologique négro-africain, à savoir que l'être, loin d'être perçu comme une réalité individuelle, n'existe et n'est considéré que par le lien fondamental qui l'attache à l'ensemble de l'édifice (Ombolo, 1990:368).

La sexualité humaine imprègne tout dans l'homme africain et constitue de ce fait une dimension entière et globale de l'humain. Il convient de rappeler que les rites de passage de la vie à la mort consacrent le prolongement de la vie dans l'au-delà en même temps qu'ils exaltent une vie nouvelle à travers les naissances. Les acteurs sociaux participent ainsi à un système où tout comportement livre une information socialement pertinente. Le comportement est régi par un ensemble de codes et de systèmes de règles. Il existe une syntaxe, une sémantique et une pragmatique du comportement et tout geste, tout regard, tout silence s'intègre dans une sémiotique générale (Winker, 1981).

« (...) et... il y en a qui, à parler de sexe, c'est un tabou; quand parfois on explique, ah!... On se cache le visage; on trouve qu'ah! la femme là, comment elle peut se mettre à dire des choses comme ça, ou même parfois quand on fait des expériences par rapport au port du condom, par exemple, quand on sort déjà le mannequin (le pénis artificiel), ah! vraiment, il y en a même qui veulent se lever... Tout ça là bon..., je crois que c'est la..., la culture, c'est compte tenu de la culture de ce milieu que ça se passe comme ça... » (S-F6)

En effet, tout ordre social produit et reproduit un ordre corporel spécifique qui lui-même médiatise un système culturel et symbolique d'une société donnée dans une période historique et une conjoncture politique définies selon Préjean (1994 :220):

« (...) les problèmes que nous rencontrons..., c'est la réticence des maris. D'autres disent que nous sommes venus détourner les femmes, ou bien les sortir, leur ouvrir la voie de l'adultère...» (S-F6)

Dans la communauté Baatombu, le rite de la "Gani" est l'occasion de formuler des vœux et de faire des sacrifices afin d'exorciser le mal qui pourrait hanter la communauté tout entière, l'occasion d'invoquer la force collective du groupe soutenu par celle des ancêtres et les multiples dieux (Orou-Yorouba, 1994:42). Il est entendu que ce sont les dieux qui doivent ouvrir une voie, un chemin qui permet aux vivants de se relier aux ancêtres et aux "non encore nés". Ainsi, commentait la sage-femme numéro 5

« (...) Si tu veux [des] enfants, le fétiche donne et si tu ne veux pas le fétiche peut t'en empêcher, c'est-à-dire quand tu veux concevoir là, il y a certaines cérémonies à faire, quand tu ne veux pas il y en a, donc c'est ça... » (S-F5)

Le rite est ainsi un moment de prière et d'offrande pour la fécondité du groupe. Si la femme est l'actrice principale de la célébration des rites,

l'enfant et le bien-être de la société s'en retrouvent au cœur. L'enfant dans l'univers africain est non seulement le fruit d'une «banale» procréation, mais il est, et exprime une réalité sociale, l'expression de la puissance d'un clan et le symbole d'une matérialité entre le monde visible et invisible. L'attente et la venue au monde d'un enfant sont des événements joyeux pour le couple, pour la famille¹⁶ et pour le village tout entier:

« (...) Certains disent que le dieu a fait, a donné un certain nombre d'enfants aux femmes, donc, il est question que la femme fasse le nombre d'enfants, qu'il n'est pas question d'arrêter quoi que ce soit...» (S-F3)

Aussi, la limitation des naissances, croit-on, peut et doit être l'œuvre de Dieu et non celle de l'homme. Un enfant, quelles que soient les conditions de sa naissance, est toujours le bienvenu. L'attente de l'enfant n'empêche pas la femme d'effectuer les mêmes travaux qu'avant. Elle continuera à piler le mil ou à chercher l'eau au puits. En revanche, elle respectera certaines traditions de son ethnie. Nombreux sont les tabous et interdits que la femme enceinte doit observer.

L'urbanisation n'a pas empêché la survivance de ces tabous qui sont propres à une ethnie et non à un mode de vie (Riss, 1989:54). Tous les événements survenus au cours de la grossesse permettent de donner un nom¹⁷ à l'enfant. Au Nord-Bénin, est appelé Bansu, celui dont le père est mort pendant la grossesse¹⁸. On appelle Waani celui qui est né prématurément; et Giriri celui qui a excédé dans le ventre de sa mère le délai normal (Orou-Yorouba, 1994:24).

¹⁶ la famille reste la cellule de base de la société et ses caractéristiques influencent de manière majeure la santé de ses membres.

¹⁷ Le nom est une donnée importante chez les Baartombu: on hérite du et par le nom (Orou-Yorouba, 1994:22).

¹⁸ Bansu signifie " en ruine", un village abandonné.

3.2.2.4. La culture et le champ d'occultation

Au Bénin, comme dans la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara, toutes les familles ou les collectivités ont des interdits qui les caractérisent. Les interdits pendant la grossesse, les règles régissant le mariage, la sexualité et la fécondité sont autant de normes implicitement partagées dans la vie de tous les jours. La violation des interdits entraînerait la rupture¹⁹ des liens avec le reste des membres de la famille derrière laquelle il y a les ancêtres. Ce qui fait dire à de Medeiros (1995) que la culture est aussi un vaste champ d'occultation, autrement dit, toute culture cache toujours quelque chose qui est sa force.

A ce titre, la création d'un fait culturel quoique relevant le plus souvent de la société est avant tout, l'œuvre des individus. En fait, tous les cultes et rites ont des prêtres ou prêtresses. Ce sont eux ou elles qui maîtrisent la langue de médiation et la bonne parole²⁰. La question des interdits évoqués plus haut participe ainsi de cette iconographie. Ceux qui ont le pouvoir spirituel ne sauraient être confondus avec ceux qui ne l'ont pas. Leur pouvoir s'exerce pour réaffirmer les valeurs sur lesquelles se fondent la vie de la collectivité, du clan et de la famille.

Mais comme tout pouvoir local ou régional, moderne ou traditionnel, il peut induire son contraire et des contradictions latentes. La culture peut émettre de faux clichés. Les sociétés africaines semblent avoir mis l'accent sur une spécificité culturelle qui les rendraient incapables de développer des stratégies individuelles pour lutter contre

¹⁹ La réconciliation avec les ancêtres et les membres de la collectivité exigent la soumission à des rituels marqués par des offrandes et des sacrifices d'animaux à caractéristiques bien précis.

²⁰ La bonne parole consolide les liens et donne la vie, tandis que la mauvaise fait voler en éclats

certaines maladies. Les populations rurales pensent que les méthodes occidentales de prévention sont très limitées dans le temps. De plus, elles ont le désavantage d'être destinées à ne protéger que l'individu sans tenir compte du lignage ni de la société entière et de ses interdits (Orou-Yorouba, 1994). Ainsi la sage-femme numéro 4 rapporte des propos des femmes rurales:

« (...) la femme n'a pas besoin de pratiquer ces méthodes là; après la séparation, elle ira rester à côté de la belle-mère...»

« (...) certaines avaient l'habitude de pratiquer des méthodes traditionnelles à savoir les bagues, les bagues surtout... Même si on enlève la bague, si l'empreinte ne s'efface pas, tu ne tomberas jamais enceinte...» (S-F4)

Ce qui fait dire par ailleurs à Baert (1993) que les gens adoptent une attitude passive à l'endroit du passé qui par l'entreprise du « moi », s'est introduit dans la mémoire. On ne saurait expliquer la fécondité élevée des femmes et leur résistance aux programmes de PF dans certains pays sans tenter d'abord de comprendre l'influence du réseau social (Richardson, 1990:7).

3.2.2.5. La PF et le réseau social

La PF est une affaire qui concerne aussi les proches et on note souvent une désapprobation du mari pour une décision de mise sous contraception de sa femme:

« (...) la décision, elle ne se prend pas de suite; c'est... il faut un consensus du mari. Dans la famille c'est l'homme qui décide, c'est l'homme...qui est le chef de ménage, c'est lui qui dirige son ménage...» (S-F3)

Si la PF est considérée comme relevant de la responsabilité de la femme pour des raisons sanitaires, économiques et démographiques, la société s'accorde à réserver à l'époux, l'autorité et l'acceptation de la PF peuvent dépendre énormément de la qualité de la relation au sein du couple et de l'influence du réseau social. Pour aller dans le même sens, Ansart (1983) avance à juste titre l'hypothèse de l'existence de structures socio-affectives, concept qui rend compte de la relative stabilité dans une période et un milieu social donné, de sentiments politiques communs qui participent aux relations inter-groupes.

La relation de pouvoir entre les sexes est un fait social total pour reprendre ici une notion défendue par Mauss (1950 :308), en ce sens qu'il s'agit d'un phénomène où « la triple considération du corps, de l'esprit et du milieu social doit aller de paire.» Mais cela ne signifie pas pour autant que les relations de pouvoir entre les sexes se réduisent seulement à des rapports de force et de domination, mais que ces rapports sont omniprésents et qu'ils se constituent en traversant tous les aspects des relations de la vie quotidienne.

Dans la dynamique d'information, cette relation des couples est éludée au profit d'une communication ciblée uniquement sur la femme et qui écarte les hommes et l'entourage d'une manière générale, fondant la stratégie d'apprentissage sur les aspects individuels, essentiellement cognitifs.

Le processus de communication pour la promotion de la PF se trouve alors régenté par un pouvoir technique, le pouvoir des agents de santé d'exercer une influence sur l'opinion des femmes rurales. L'influence des agents de santé est par ailleurs confortée par les objectifs et les stratégies définies par les institutions de financement des programmes.

3.2.2.6. Le pouvoir technique et institutionnel.

Les messages d'information et d'éducation pour la PF, non seulement font fi des nombreuses valeurs et croyances traditionnelles²¹, mais utilisent la menace et la peur comme arguments de persuasion:

« (...) votre mari ne fait rien et vous-même vous n'avez rien et vous voulez avoir beaucoup d'enfants, qui va les supporter ? Ils vont devenir des voleurs et vous aurez des problèmes, parce que personne ne veut voir son enfant en prison, il vaut mieux faire le peu (moins) qu'on peut supporter que de faire beaucoup qu'on ne peut pas supporter... (S-F6)

Ici, les éducateurs pour la santé en PF insistent surtout sur les conséquences socio-économiques avec la vision très épidémiologique de la santé. Les sages-femmes délivrent un message éducatif très rationnel et entretiennent par ailleurs, et surtout, une relation de soignant à soigné. Les sages-femmes ont tendance à brandir toutes sortes d'épouvantails réels ou imaginaires, en même temps qu'elles ne tiennent suffisamment pas compte des croyances et des expériences passées de même leurs clientes, de même que tout le support social qui les renforce. Elles n'hésitent pas à proposer des méthodes dites clandestines pour atteindre très rapidement un but défini par avance. Elles jouent ostensiblement le rôle d'agents de santé très rationnels, bien préoccupés de corriger une situation jugée anormale²².

Cette tendance à une médicalisation de l'information et de la pratique contraceptive est confortée par le statut²³ déclaré de l'agent de

²¹ Dans sa quotidienneté, l'individu cherche à donner du sens à son vécu en tant que personne unique, mais aussi en tant que membre d'un ensemble social plus large. Les populations identifiées comme bénéficiaires ne peuvent être isolées de leur contexte culturel. Selon Bibeau, c'est à cette base culturelle qu'il faut amarrer leurs comportements, leurs interprétations des maladies et leurs idiomes de détresse par une approche moins médiatisée, mais très éducative et ancrée sur la culturelle.

²² En fait, la plupart des programmes de PF ont décrété des changements de comportement en offrant des services contraceptifs et certains encore, ont concentré leur action sur les changements normatifs (Ross, 1994)

²³ Nous sommes en présence ici de ce que Hahn et Gaines (1985) ont appelé « culture

santé qui se place dans la position de la seule personne qui détient les connaissances rationnelles, la vérité, et qui ramène de fait la réalité et la seule réalité à elle par l'utilisation sans cesse du "NOUS", un "NOUS" de suffisance et de domination:

« (...) si nous voyons qu'il y a réticence, on n'essaie de voir les femmes, on dit bon! Rendez-vous (en milieu hospitalier) à tel jour; quand on va se rencontrer tout changera...» (S-F2)

Il se crée un rapport "soignant-soigné" dans l'intimité d'une salle de consultation hospitalière, qui essaie d'occulter le rôle social traditionnel du mari, la dynamique décisionnelle du couple²⁴, l'influence de l'entourage et les représentations collectives. Le discours rationnel a préséance sur les croyances locales, le savoir empirique faisant très peu de place au symbolisme.

Il est reconnu jusqu'ici, et d'une manière générale, que les prestations de soins ont surtout été organisées en fonction des besoins et de la convenance des "fournisseurs" (providers approach) à savoir les professionnels de santé (institutions de planification, agents de conception ou d'exécution). Les démarches en vue de développer des systèmes de soins ne relèvent pas toujours d'une décision s'appuyant sur un large consensus, mais sont parfois l'œuvre de ce Orou-Yorouba (1994:106). appelle des "devins" modernes"

En fait, des raisons d'ordre épidémiologique et économique semblent expliquer l'engagement africain dans les programmes de santé publique car, il faut choisir des stratégies les moins coûteuses. Mais

biomédicale », c'est-à-dire une représentation collective de la réalité sanitaire, une façon de la comprendre et d'agir sur elle. Tout étudiant en médecine fait l'objet d'une socialisation au cours de laquelle il apprend les règles et les idéologies explicites de la profession, qui construisent tant son « modèle de » que son « modèle pour » la réalité et l'action. (de médeiros 1984:272)

²⁴ Traditionnellement, la planification familiale était discutée par les deux membres du couple Mutambirwa, 1998)

trop souvent, les approches ne tiennent pas compte des dispositifs culturels mis en place par les populations elles-mêmes²⁵:

« (...) Il y en qui utilisent des amulettes, il y en a qui utilisent des bagues, il y en a qui utilisent des... des cordelettes... et je crois, il y en a qui utilisent des infusions.... Tout ça là c'est des choses que nous ne connaissons pas; on ne connaît pas des composantes, on ne peut pas parler avec précision de ça, dans ce sens là (comme contraception)... » (S-F5

Le discours rationnel récent est né de la nécessité de réduire la mortalité maternelle et infantile. et les pressions démographiques qui amenuisent le pouvoir d'achat des populations rurales et entretiennent la pauvreté. Il s'agit alors d'ajuster la croissance démographique à la croissance économique pour assurer le développement.

En effet, au cours des années 1990, une série de conférences²⁶ mondiales organisées par les Nations Unies a produit un calendrier d'action relatif au développement durable et équitable du point de vue social pour le XXIème siècle. Toutes ces conférences ont pour résultat ultime un ordre du jour progressif et ambitieux visant l'égalité sociale, la justice, le développement et la paix (Alcala, 1995). Les documents qui ont résulté de ces forums reflètent les engagements gouvernementaux auxquels il faut maintenant donner suite au niveau national.

Ces grands forums ont émis des principes qui sont entre autres le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et le programme d'action de la Conférence de

²⁵ Les pratiques « indigènes » de contrôle des naissances prennent différentes formes, soit mécaniques, soit rituelles. En Afrique entre autres, on expulse le sperme avec une douche vaginale faite de différentes concoctions ayant des effets spermicides. D'autres formes de contrôle des naissances incluent : l'abstinence rituelle à l'époque de certaines cérémonies, pour favoriser la chasse, etc. On pratiquait également la lactation prolongée et l'abstinence post-partum. (Richardson; 1990: 3-4)

²⁶ La Conférence mondiale sur les droits de l'homme à Vienne en 1993, la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995 et le Sommet mondial pour le développement social à Copenhague en 1995 ont eu successivement lieu..

Beijing qui reconnaissent que les droits en matière de sexualité et de reproduction font partie des droits de la personne humaine, et qu'en tant que tels, ils sont inaliénables et font partie intégrante des droits universels de la personne. Il s'agit également de « soutenir les efforts pour sensibiliser davantage les femmes et leurs droits, y compris ceux concernant la sexualité²⁷ et la reproduction,²⁸ de renforcer les groupes de femmes et encourager leurs efforts pour lancer les campagnes nationales sur ces questions».

De plus la Conférence Internationale sur la Population et le Développement proclame que «Les droits en matière de sexualité englobent le droit individuel des femmes de contrôler et de décider librement et de façon responsable des questions concernant leur fécondité, y compris la santé en matière de reproduction, libre de toute coercition, discrimination et violence. »

De nombreuses décisions issues de ces déclarations ont été souvent prises pour et à la place de la communauté. Il convient aussi de rappeler avec Tremblay et Bibeau (1980) que les interventions de santé publique doivent être comprises non seulement comme un objectif de prévention, mais surtout un exercice de changement culturel qui vise à modifier le savoir d'une communauté d'où une réorganisation des pouvoirs dans la société. Foucault (1976) voit d'ailleurs dans la sexualité un dispositif qui allait être indispensable au développement du

²⁷ La santé en matière de sexualité vise à améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles; les services de santé en matière de sexualité ne doivent pas consister seulement à dispenser conseils et soins relatifs à la reproduction et aux maladies sexuellement transmissibles: Programme de la QCMF 94; CIPD 7.2

²⁸ La santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas l'absence de maladies ou d'infirmités. Programme de la QCMF 94; CIPD 7.2

capitalisme, depuis le 19^{ème} siècle, par la technologie de pouvoir alors mise en branle.

Ce capitalisme en essor ne pouvait être assuré qu'au prix de l'insertion contrôlée des corps dans l'appareil de production et moyennant un ajustement des phénomènes de population aux processus économiques.

Il est important de comprendre les contradictions véhiculées dans le temps pour répondre à des objectifs du moment. Après le préjudice majeur créé par l'esclavage qui a dépeuplé l'Afrique, les premiers missionnaires ont prôné une politique nataliste poursuivie par la colonisation au nom de la rationalité judéo-chrétienne bien que l'objectif non-avoué est de produire la main-d'œuvre pour les travaux agricoles et pour alimenter les industries émergentes. Que retenir quand le message devient l'inverse quelques décennies plus tard avec les mêmes conseillers venus des pays développés

Il est vrai qu'en cette fin du siècle, si l'Occident²⁹ a su globalement contrôler sa démographie, il n'en est pas de même des pays du sud, en voie de développement avec une apparente inflation démographique, alors que les systèmes de production subissent une mutation amenée par l'économie de marché ou tout récemment une économie globalisante et où le pouvoir des institutions prend le pas sur le pouvoir des collectivités. L'histoire de la sexualité est en relation directe avec l'histoire du pouvoir et donc celle du contrôle social, c'est le cas aussi du Nord du Bénin.

²⁹ Avec la Révolution tranquille, dans les années 60, le Québec a connu une période de transformation profonde qui ont affecté l'ensemble de ses structures économiques et socioculturelles, y compris la sphère des normes et des comportements sexuels et contraceptifs. (Ley et Dupras : 1981)

«Dans le contexte colonial, (surtout), des politiques qui contribuent à l'augmentation de la force de travail servaient les objectifs économiques des puissances métropolitaines. La natalité a connu une hausse grâce aux missionnaires qui décourageaient l'avortement et la polygamie» Richardson (1990:3)

Les engagements pris par les différents gouvernements au cours de ces forums se sont traduits par des décisions au niveau national. Au Bénin, la Direction de la Santé Familiale a été créée en Mai 1994 pour une meilleure promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Elle a pour rôle de coordonner les activités liées à la santé familiale dont la santé reproductive et la PF:

« Un rapport technique de l'OMS propose d'utiliser le terme "santé familiale" pour caractériser le fonctionnement de la famille considérée comme l'agent social primaire de promotion de la santé et du bien-être. La santé de la famille est plus que la santé physique et mentale de ses membres, dans la mesure où elle crée aussi l'environnement social qui permet le développement naturel et l'épanouissement de tous les membres du groupe familial» (OMS, 1976: 18).

Les constats résumés dans cette étude représentent dans une certaine mesure une partie des résultats de la mise en œuvre de l'IEC pour la PF en milieu rural. Nos conclusions rejoignent avec quelques nuances les constats d'un des principaux planificateurs de ce programme qui affirmait que «les agents de santé ont été formés par rapport aux objectifs en grande partie et la formation a parfois tenu compte de quelques éléments socioculturels.»

Par ailleurs, «c'est un programme exécuté uniquement par les fonctionnaires de l'État; il n'est pas décentralisé jusqu'au niveau communautaire ». De plus «il n'y a pas beaucoup de messages et supports de communication...». Et même si « les messages véhiculés

tiennent compte en grande partie de la réalité nationale, toutefois il y a quelques spécificités dont il faut tenir compte dans l'élaboration de certains messages surtout entre le Nord et le Sud du Bénin...» Il fait aussi remarquer que « ... non seulement, la plupart des programmes sont presque entièrement financés par l'extérieur, mais les bailleurs de fonds veulent des résultats immédiats alors que le changement de comportement est en général un processus lent qui s'obtient souvent après plusieurs années...». Il reconnaît pour conclure que « quelques résultats ont pu être obtenus; mais de façon générale les objectifs n'ont pas été atteints, le sexe reste encore tabou quand bien même l'avènement du sida a permis de lever un coin de voile ».

Chapitre 4: Discussion des résultats

4.1. Les réseaux sociaux en communication.

Le faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes a souvent eu pour conséquence une surprise chez les agents de santé et une frustration à peine dissimulée des institutions qui financent ces divers programmes. Les objectifs paraissent bien formulés, les stratégies sont très pertinentes et ont démontré leur efficacité ailleurs. De plus les agents de santé jouissent en tout temps d'un grand crédit au sein des populations. Cependant la gestion des interfaces agents de santé-communication-famille-collectivité ne paraît pas évidente. Les résultats obtenus à l'issue des différentes séances de sensibilisation sont très différents des prévisions et ce d'autant plus que là où il y a interactions, la causalité ne saurait être linéaire, mais circulaire et complexe.

En effet, une communication de sujet à sujet est récursive et doit être réglée par des feed-back qui traduisent les réalités du cadre de communication, et de l'ensemble des réseaux sociaux auxquels les individus sont rattachés. Ainsi, communiquer, c'est mettre en commun et entrer dans un orchestre et participer d'un milieu, d'un système qui englobe, précède et déborde nécessairement les partenaires ou individus impliqués directement dans la communication avec leurs expériences et croyances.

« (...) le poids de ces croyances et autres là écrasent carrément les messages que nous leur apportons (S-F6)

Aussi, la réaction des femmes qui, devant un discours sur le sexe, se cachent le visage, ou décident de partir, ou encore peu enclines au changement, est évocatrice d'une forme de communication. En effet, tout discours est un parcours polémique, un frayage entre forces contraires, la traversée du bruit qui signifie la parole des autres (Bougnoux, 1991:28).

" (...) quand on aborde..., c'est toujours un domaine ...un domaine honteux ! Ah! On ne doit pas exposer les problèmes intimes. Pour les femmes c'était ça..."(S-F6)

En fait, le milieu social n'agit pas par pression mécaniste, mais par des stimulus qui font sens et laissent à l'organisme une marge d'interprétation, de délais-réponses ou de libertés (Bougnoux, 1991:28). Et comme l'a si bien dit Watzlawick (1972), nul n'est le sujet à part entière d'une communication, chacun y participe sans en être la source ponctuelle, ni l'aboutissement.

Le discours ex-cathedra ou les injonctions péremptoires sont d'une utilité très modeste. Ce qui explique dans une certaine mesure la réaction des femmes face à un discours très rationnel. Comprendre l'échec du discours rationnel recommande l'analyse du réseau sociologique dans lequel immerge le quotidien de la femme africaine rurale.

Aucun comportement, par principe n'est dénué de sens. Et aussi «insensé» qu'une action puisse paraître, elle joue un rôle, elle a son utilité pour celui qui l'accomplit. Les femmes et les populations des milieux ruraux possèdent leur mode de vie qui est façonné par leur hérédité, leur culture et leur environnement et elles adopteront plus facilement un comportement nouveau, si cette nouvelle façon de faire rencontre aisément le soutien de leur entourage.

En clair, les réseaux sociaux de communication sont constitués d'abord par la famille, les maris et l'ensemble de la société. Ainsi, pour intéresser quelqu'un à un énoncé, et faire qu'il le reprenne, il faut que l'autre y trouve son compte, donc qu'il cosigne ou le coproduise en se l'appropriant d'une manière quelconque (Bougnoux, 1991:30).

4.2. Les implications des résultats.

Les conclusions auxquelles nous sommes parvenues, au terme de l'analyse paradigmatique des six récits d'une part, et des éléments de signification du récit de référence d'autre part, révèlent que toutes les informatrices adoptent une approche pédagogique et un message de sensibilisation qui ne tiennent pas souvent compte des réalités culturelles du milieu rural et ne rencontrent pas totalement l'assentiment des bénéficiaires. Si l'ensemble des sages-femmes reconnaisse ce qu'elles conviennent d'appeler les freins à l'information et l'éducation pour la PF, notamment l'opposition des maris, l'analphabétisme, la précarité des moyens financiers et surtout les mœurs du milieu (polygamie, contraception par abstinence, etc.), il n'en demeure pas moins qu'elles n'ont jamais cherché à connaître les éléments du dispositif culturel de leur milieu de travail. et surtout de leurs clientes.

Par ailleurs, le sexe considéré comme sujet tabou par les agents de santé imprègne la vie quotidienne des populations qui en font un domaine sacré, le pilier sur lequel se fondent la pensée et l'action de la société. Formées pour la pratique éducative dans les sociétés rurales, les professionnelles de la santé n'ont pas été initiées aux pratiques

ethnographiques les plus élémentaires, tout au plus, certaines ont pu apprendre à faire une recension sommaire qui correspond à une monographie ou un dossier villageois, lequel n'a pas toujours servi.

Le modèle mécanique très facile à développer est probablement celui qui a donné le moins de satisfactions. Quant aux approches éducatives, elles pèchent par la grande insuffisance qui caractérise toutes les approches basées sur la prédiction d'un comportement à priori, avec une pensée unique et souffrent par ailleurs du statut de la sage-femme qui en fait une «science réservée» aggravée par les méthodes dites clandestines. La mise hors communication du conjoint et du réseau social ne sont pas de nature à faciliter un changement volontaire, spontané et collectif du comportement.

Les professionnels de santé en général tout comme l'ensemble des intellectuels formés aux normes occidentales, regardent leur propre culture et leur population avec des lunettes du monde occidental instruments en général mal utilisés qui les mettent sur une frontière. Cette frontière entre la culture locale, «ici» et les réalités occidentales «la-bas» les conduit naturellement vers un «ailleurs» d'erreur culturelle.

Pour mieux appréhender la réalité sociale, surtout familiale il nous paraît intéressant d'établir un rapprochement avec la théorie peircienne qui affirme que tout rapport d'un signe à un objet ou une situation, suppose un interprétant; l'interprétant n'étant pas descriptif mais prescriptif, c'est-à-dire qu'il exprime la règle opératoire dans laquelle un phénomène peut être saisi.

En Afrique et spécialement dans la région d'étude au Bénin, quand quelqu'un est malade ou quand se pose à lui un problème de n'importe quel ordre, il ne s'adresse pas d'abord à une structure

sanitaire, mais à son entourage qui est composé souvent des parents au sens large³⁰ et d'amis. C'est cet environnement social immédiat ou non qui intervient dans la résolution de la plupart des problèmes. Ce que Martin (1987) appelle la dynamique socioculturelle de soutien.

Le problème de la santé en Afrique est d'abord un problème familial et de société. Or, qui dit société évoque volontairement ou involontairement ses modes d'organisation interne et externe. De plus, le comportement des individus est très influencé par des habitudes socialement prévalentes. Si l'abandon d'une habitude donnée peut sembler une affaire simple à un observateur extérieur, il peut en fait ébranler tout un système parce que l'individu, la famille ou le groupe craint souvent l'insécurité qui résulterait du bouleversement du système.

Abordant l'œuvre de Mauss (195:147-162), Lévi-Strauss estime que pour comprendre convenablement un fait social, il faut l'appréhender totalement, c'est-à-dire du dehors comme une chose mais comme une chose dont fait cependant partie intégrante l'appréhension subjective (consciente et inconsciente). Et Prost (1995:331) citant Lévi-Strauss par ailleurs écrit:

« Le thérapeute traditionnel fournit au malade un langage dans lequel peuvent s'exprimer des états informulés et autrement informulables; il réintègre l'incompréhensible à l'ordre d'un monde régi par des forces connues et familières et, par-là même, permet d'enclencher le processus physiologique de la guérison. Pourquoi s'en offusquer, le tourner en dérision et encore moins le refuser? » Lévi-Strauss (1958)

³⁰ Les parents au sens large débordent le cadre de la famille nucléaire et biologique.

Selon toute évidence, on ne peut pas penser les principes fondateurs de la communauté, telles la fécondité, la reproduction du groupe et la bonne santé de celui-ci, lorsqu'on fait abstraction des systèmes symboliques de ces populations. Tous les villages africains sont chargés de symboles dont les interprétations sont naturellement liées aux conceptions de la vie, de la maladie et de la mort qui prévalent au sein des groupes sociaux qui y résident.

Bibeau (1995) rappelle que les comportements des sujets en matière de santé, semblent relever d'une logique qui ne peut être ramenée au seul ordre de la rationalité abstraite. La notion de maladie et de la santé dans une culture ne dépend pas seulement de faits objectifs (Bibeau, 1985; Corin, 1985; Dufresne, 1985; Godin, 1991). En Afrique en général et en Afrique de l'Ouest en particulier de nombreuses études anthropologiques (Bibeau, 1985; Rivière, 1990) confirment nos conclusions selon lesquelles tout problème de santé est une imbrication d'histoire individuelle et sociale.

Les mentalités africaines conçoivent que les difficultés quotidiennes, maladies, infortunes et autres malchances sont associables et interprétables au moyen des mêmes schèmes et chaînes étiologiques. Les travaux de Corin (1985 :53) d'une part, et de Massé (1995: 36) d'autre part, abondent dans le même sens que les conclusions des anthropologues anglophones qui ont mis à profit trois termes reliés à la maladie pour exprimer trois autres dimensions³¹ (physiques, culturelles et sociales) des problèmes de santé.

³¹ La disease ou "maladie - réalité" biologique qui se réfère à un mal fonctionnement des organes. Elle évoque la maladie dans ses dimensions biologiques.

L' illness ou "maladie signifiée" renvoie aux perceptions et expériences vécues par l'individu relativement aux problèmes de santé, d'ordre biomédical (disease). Cette dimension de la maladie traduit « l'expression et la prise de conscience personnelle d'une altération psychosomatique vécue comme déplaisante et débilante.»

Le sickness ou "maladie socialisée" (terme introduit par Young) pour définir le processus par lequel les signes comportementaux ou biologiques qui accompagnent la disease recouvrent une

Il nous apparaît évident que les questions liées à la vie quotidienne sont interprétées selon des schèmes propres à chaque société. Ainsi, les habitudes et les croyances des gens dans une communauté donnée ne sont pas qu'une série d'éléments séparés, mais elles appartiennent à un système culturel comme le souligne si bien Massé (1995:50).

Les gens évaluent toujours ainsi l'acceptabilité des nouveaux avis et messages à l'aune de leur interprétant, de leur propre matrice de concepts culturellement conditionnés. Ainsi, les services offerts par un programme de prévention ou de modifications de comportements proposés ne seront bien reçus que s'ils n'entrent pas en conflit avec des valeurs ou des pratiques déjà bien établies. Lorsqu'en milieu rural, les groupes sociaux acceptent des méthodes dites «modernes», cela ne veut pas dire qu'ils cessent de soutenir les pratiques traditionnelles. Ils réagissent aux nouveaux stimuli en les réinterprétant pour les conformer aux croyances ancestrales et aux représentations collectives, ce que de Médeiros (1994) appelle le recodage-décodage.

Malheureusement, nous constatons que les politiques de communication et de développement mises en œuvre en Afrique surtout ces vingt dernières années tentent d'arracher l'individu à la toile d'araignée censée constituer sa personne. En Afrique, l'individu vit en général dans une famille³² élargie qui compte en moyenne plus de deux générations de personnes. Toutes ces personnes ont une influence directe ou indirecte sur les autres individus de la famille élargie, en particulier la femme et les enfants, dans les prises de décision. Cette

signification dans le cadre de la culture. La maladie socialisée est abordée comme représentation sociale et charge symbolique pour l'ensemble du groupe social et qu'elle sous-tend les modèles étiologiques et les comportements préventifs.

³²Le lien du sang n'est pas une condition indispensable pour faire partie de la famille du fait de l'adoption, des proches et autres personnes «extérieures» vivant de façon prolongée dans la famille élargie.

influence est d'autant plus forte que le système familial africain renforce une équifinalité³³, avec une tendance très forte à l'homéostasie.

Les interventions de santé publique, singulièrement. La sensibilisation pour une utilisation des méthodes modernes de contraception participe ainsi d'un processus de «ré-ingéniérie»³⁴ de la pratique contraceptive au sein des communautés rurales.

Les modèles classiques d'information, d'éducation et de communication présentent des limites de par leur contenu, le style et la distance par rapport aux représentations collectives. Il convient de développer une approche plus structurée par la culture ou une communication plus informelle, ancrée dans la culture.

4.3. Une communication ancrée dans la culture.

Le problème de la santé en Afrique est avant tout un problème de sociétés,³⁵ et donner un sens à la santé et à la maladie relève du culturel. Par ailleurs, les rituels rassemblent plus de gens en Afrique que toute autre séance de thérapie ou de prévention décidée par les

³³Le système familial présente les caractéristiques d'un système qui selon Watzlawick (1972) sont, la totalité, la rétroaction, l'équifinalité et l'homéostasie. La totalité signifie qu'un système est plus que la somme de ses éléments. Dans une famille, ce qui arrive à l'un des membres a des effets sur chacun des autres et ce qui arrive à tous, rejaillit sur chacun d'eux. Dans la rétroaction le modèle ne fonctionne pas selon une causalité linéaire, mais circulaire. La réalité d'une famille surtout africaine est que les membres agissent constamment les uns sur les autres afin de maintenir un équilibre. Et puis qu'elles qu'en soient les conditions initiales, le système familial tend vers un état de stabilité ou d'équilibre dynamique, comme si les membres d'une famille ou d'une même collectivité répétaient un scénario bien connu aboutissant à une même fin, l'équifinalité. Dans l'homéostasie, la famille ou le groupe social confronté à la nécessité de changer, tend quand même à maintenir un état d'équilibre afin de protéger son intégrité.

³⁴Pour Richardson (1990: 5), toute population humaine contrôle sa fertilité d'une manière ou d'une autre et l'a toujours fait.

³⁵ Les sociétés sont des groupes organisés d'individus, et les cultures ne sont, en dernière analyse, rien de plus que des systèmes de réponses répétées communes aux membres d'une société (Ombolo, 1990: 27).

sources officielles et on ne saurait mobiliser les populations lorsqu'on se trompe de forum.

De plus, si la communication est d'abord le décodage d'un message à travers un canal, nous pouvons affirmer aisément que la communication pour la santé et en PF ne sera possible que si la culture se trouve au centre du processus, étant entendu que le culturel est un code de sens et un système de symboles qui permettent aux membres d'un groupe de communiquer entre eux (de Medeiros, 1995). En milieu traditionnel du Bénin et plus particulièrement chez les Fon, les Yoruba et les Baatombu, le rituel est un mode de communication toujours présent. Il se présente sous la forme d'une dramaturgie et de récits symboliques où se mêlent métaphores et images.

Pour nous, la communication est un processus complexe, non linéaire et un phénomène de construction sociale qui prend appui dans une trame culturelle soutenue par des croyances et mythes ancestraux. En Afrique noire, la religion est caractérisée par le syncrétisme religieux, malgré la présence des religions monothéistes, chrétiennes et musulmanes. Cependant les religions traditionnelles demeurent vivaces et les croyances fortement défendues, influencent les attitudes et les perceptions des problèmes quotidiens.

L'approche de communication ancrée dans la culture locale que nous proposons s'inspire d'une part du processus de structuration de la communication selon Giddens et de la construction du sens commun (rationnel) à partir du sens tel que défini par Bibeau(1991). La communication est essentiellement est un processus de production de sens articulé sur la trame culturelle, les structures socio-affectives et l'environnement économique, social et politique. Le bien-être qui est recherché, en bout de ligne, est une construction sociale à partir des

problèmes de la vie quotidienne (maladies, infortunes, malchances, difficultés de tous genres, etc.), et d'une interprétation par des schèmes culturels (interprétants) de la capacité d'adaptation individuelle, des expériences individuelles ou collectives, des systèmes symboliques, des croyances ou pratiques établies et des mythes. Le processus de communication est donc une spirale sans cesse renouvelée, fonction des situations du moment, des schèmes culturels et du complexe dispositif culturel, cadre contextuel et structure socio-affective. Nous avons représenté ce modèle de communication dans la figure 3 à la page ci-après.

L'éducateur pour la santé au sens large semble avoir l'obligation de connaître les caractéristiques ethno-sociologiques du groupe pour mieux appréhender le modèle de communication ancré dans la culture afin d'éviter que le message éducatif ne se heurte à une impasse. Dans une société basée sur l'oralité, cette communication gagnerait à être moins médiatique, mais interpersonnelle surtout et dans un échange constant avec la structure socio-affective.

C

O

C

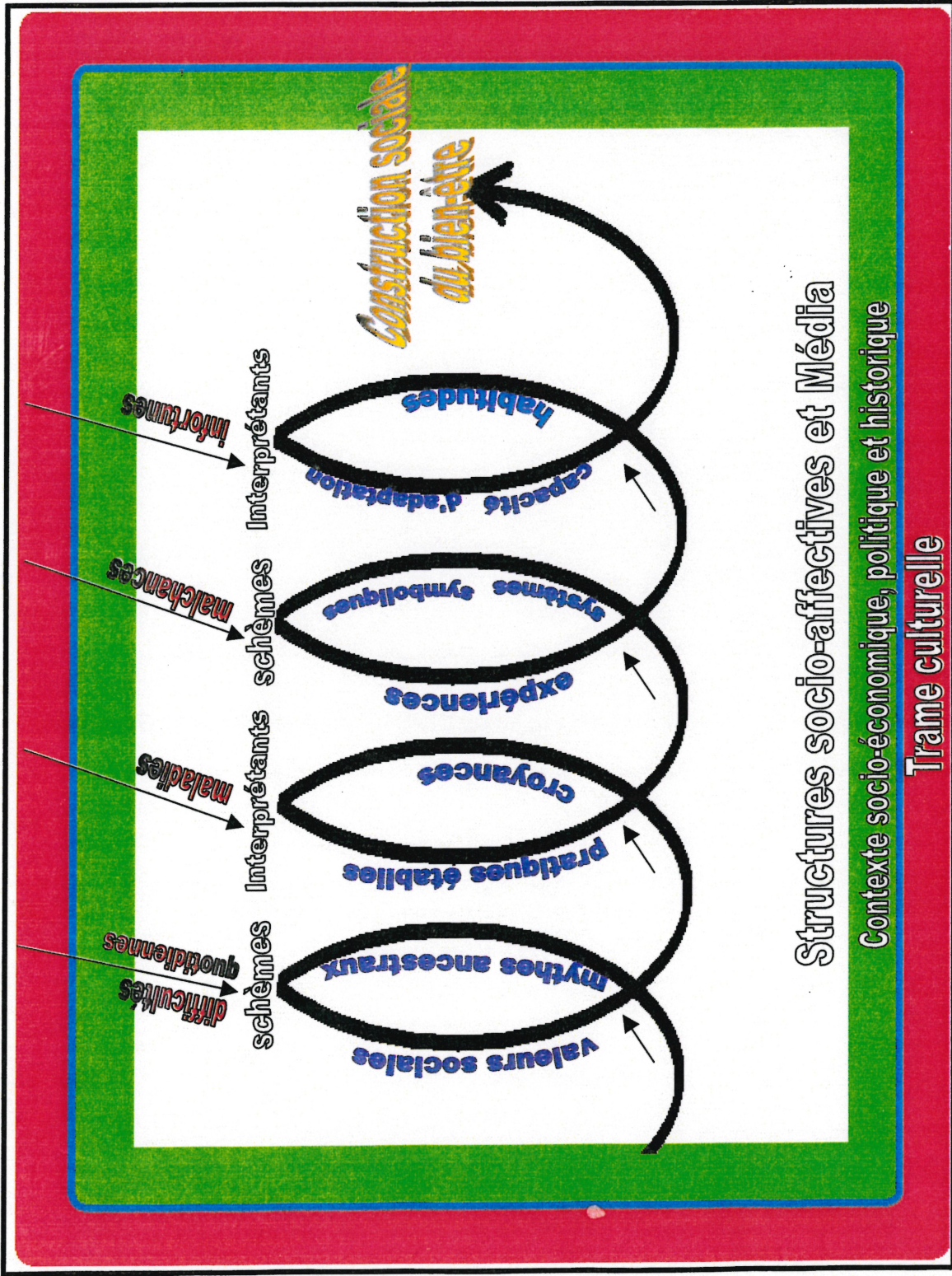


Figure 3: Modèle à encrage culturel.

4.4. Les pistes de recherche

Le corpus de notre étude comporte deux ordres de récits. Les récits des femmes du milieu rural enchâssés dans la narration des sages-femmes. Par conséquent, une première piste de recherche sera de donner la parole aux intéressées et d'étudier le discours qui construit le processus de la PF en milieu rural pendant les périodes de fécondité par les différents groupes sociaux.

La deuxième piste de recherche à explorer sera le renforcement des formes traditionnelles de communication à travers les pratiques contraceptives locales. Pour ce faire, il s'agira d'identifier les différents nœuds de décision pour la PF à travers les structures socio-affectives et le dispositif culturel.

Enfin, une dernière piste que notre travail nous inspire sera d'analyser comment la sexualité et la contraception sont traités à travers les rites de passage qui sont de véritables répertoires populaires.

Conclusion

Notre travail a essayé de répondre à une série de questions liées à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes en milieu rural, malgré l'approche d'information et d'éducation et de communication pour la PF développée par les sages-femmes. En réalité, nous avons rapporté des récits professionnels qui témoignent d'une communication essentiellement axée sur les pratiques contraceptives ou véhiculent un message qui ne prend en compte ni les pratiques contraceptives traditionnelles, pourtant très répandues encore, ni la dynamique sociale malgré les réticences qui sont apparues dès le début. La menace à peine voilée se retrouve dans les propos qui ont un caractère très médical. Il nous paraît justifié de dire que le discours professionnel très élaboré trouve, à travers le dispositif traditionnel, un frein à la promotion de la santé.

Ce décalage entre le sens et le sens commun témoigne de la manière différente dont les agents de santé d'une part, et les populations rurales d'autre part, perçoivent le monde. La façon de voir le monde, le « worldview », des sages-femmes est pratiquement en retrait de celle des femmes rurales qui relatent la réalité familiale et sociale. Cette réalité explique la présence en tout temps d'un niveau de décision ou de plusieurs niveaux de décision qui, à leur tour, s'inspirent des réalités locales, symboliques, culturelles et magico-religieuses qui ont toujours inspiré l'ensemble de la société. Une tendance facile est apparue qui consiste à considérer toutes les femmes comme potentiellement dans le besoin d'une pratique contraceptive et par conséquent une promptitude voire une propension à offrir une prescription contraceptive immédiatement avec le discours standard qui la précède.

C'est là une approche exclusivement centrée sur les objectifs des professionnels de la santé et qui ne se préoccupent ni d'un besoin réel explicitement et librement exprimé, ni du consentement du conjoint. Dans un tel contexte, et derrière ce qui peut apparaître comme les portes closes d'une salle de consultation, se dresse ou se profile ce qui représente pour nous, l'échec de la communication. Comme le fait remarquer Locoh (1992), les difficultés d'implantation de programmes de PF ne sont-elles pas en fait plus liées à l'offre qu'à la demande? Nous sommes amenés à répondre par l'affirmative surtout pour des populations qui ont une conscience de leur réalité sociale et qui ont par ailleurs une pratique contraceptive séculaire, bien que certaines méthodes et pratiques restent à revoir. Et c'est ici qu'une démarche originale paraît nécessaire après le constat d'échec par ailleurs sur la manière de communiquer. Est-il possible d'être un bon agent de santé et un bon «communicateur» pour la santé? Probablement oui! Mais que les programmes qui visent à faire accepter en Afrique, la famille du «bien-être» ne se basent pas, en général, sur des facteurs culturels qui rendraient les individus ouverts aux méthodes modernes d'espacement des naissances.

Il devient de plus en plus clair (étant donné l'échec des programmes de PF ou leur nature coercitive) qu'il importe d'abord et avant tout de comprendre le contexte culturel dans lequel les populations s'insèrent pour faciliter une communication plus adaptée. En effet, les diagnostics sommaires et standards effectués quant aux besoins en matière de P.F. ne permettent guère de procéder à une évaluation objective et sereine des situations réelles qui ne sont pas identiques d'un point à l'autre dans les pays en développement. Dans ces conditions, il devient moins aisé de prendre en compte et d'exploiter les potentialités locales dans les approches communicationnelles avec les populations destinataires de nos programmes de P.F.

Références bibliographiques

- ADAMCHAK, A., DONALD J. et NTSEANE, P.G. (1992), *Gender, Education and Fertility : A Cross-National Analysis of Sub-Saharan African Nations*. Sociological Spectrum, 12, 2: 167-182.
- AHONSI, BABATUNDE A. (1991). *Component of stably high fertility in three areas of west Africa* », Social and Medecine, 33, 7 : 849-857.
- ALLAIRE, Y., BIBEAU, G. (1991). « Entre sens et sens commun ». dans Y. Allaire, G. Bibeau *Présentation*. Société royale du Canada. pp. 83-91.
- ALCALA, M. J. (1995). *Engagements concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de protection pour tous: Plan d'action*, Family Care International, New York.
- ANCTIL, H et MARTIN, C (1990).« *La promotion de la santé: une perspective, une pratique, Santé Société* ». Collection Promotion de la santé.
- ANGERS, M. (1992). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Montreal, Les Éditions de la Chenelière.
- ARYEE A. F. et GAISIE S. K. (1979); «Fertility implications of contemporary patterns of nuptiality in Ghana» in L.T. RUZICKA (ed.) *Nuptiality and fertility*, Liege/Belgium, UISSP, pp. 287-304.
- BAERT. P. (1993). «Le temps et l'être social » dans M. Audet et H. Bouchikki (eds) *Structure du social et modernité avancée :retour des travaux d'Anthony Giddens*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, pp. 183-195.
- BATESON. G. (1977). «Vers une écologie de l'esprit», dans D. Bounoux (1993). *Sciences de l'information et de la communication*. Paris-cedex 06, Larousse, pp. 226-238.
- BELLIVEAU, Fr. (1993). «Recherches en médecine familiale» dans *le Médecin du Québec*, Québec, Reportage, pp.101-103.
- BIBEAU, G. (1985). «Des pratiques différenciées de la santé» dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (eds). *Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp.1167-1188.
- BIBEAU, G. et CORIN, E.(eds) (1995). *Beyond Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*, Berlin : Mouton de Gruyter. (Introduction : From Submission to the text to interpretative), pp.3-54
- BIBEAU. G. et PERREAULT. M. (1995). *Dérives montréalaises: À travers des itinéraires des toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve* Montréal, Boréal.

- BIBEAU. G. (1996). «L'étranger dans le théâtre de la guérison: À propos de la dramaturgie Yoruba selon Wolé Soyinka». *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, numéro 29, pp. 31-90.
- BOUGNOUX. D. (1991). *La communication par la bande : introduction aux sciences de l'information et de la communication*. Paris Ve, La découverte,
- BURY. J. (1988). *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planification*. De Boeck Université.
- BROWN. E.R. (1991). *Community action for health promotion : a strategy to empower individuals communities*. *International Journal of Health Services*, 21(3), pp. 441-456.
- CHALIFOUX. J-J. (1992). «L'histoire de vie» dans B. Gautier (ed). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, pp. 296-310.
- CHARBIT Y. (1986). «Nuptialité et fécondité au Sénégal» dans *présentation d'un cahier de l'INED, Population*, (4-5), pp. 821-822.
- COHEN. B. (1993). «Fertility levels, Differentials and Trends» in *Demographic Change in Sub-Sahara Africa*, Washington, U.S. Nation Research Council.
- COHEN. S. (1992). «Élaboration des stratégies d'information et de communication (IEC) pour les programmes de population». *Études techniques* numéro 1, New York, FNUAP, pp. 1-62
- COOLEY. C.H. (1983). *Human nature and the social*, New Brunswick, Transaction book's.
- CORIN, E. (1985). «La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images» dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (eds). *Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie*. Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 45-69.
- COTTON. E (1982). *L'éducation pour la santé: Méthodes*. Éditions de l'Université de Bruxelles.
- DE VITO, J. (1993). *Les fondements de la communication humaine*. Boucherville, Quebec, Gaétan Morin.
- DUFRESNES. J. (1985). «Aspects culturels de la santé et de la maladie» dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (eds). *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie.*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 241-251.
- DUPRAS. D. et DIONNNE. H. (1989). «L'institutionnalisation de la sexologie au Québec», dans A. Dupras (eds), *La sexologie au Québec*. Longueuil, IRIS.

- FNUAP. (1997). «*État de la population mondiale; Le droit de choisir : Droits et santé en matière de reproduction*», New-York, FNUAP.
- FORTES. M. (1978). «*Parenthood, Marriage and fertility in West Africa*», *Journal of development studies*, 14, 4, pp.121-149.
- FOUCAULT, M. et al. (1976). «*La politique de la santé au XVIIIe siècle*» dans *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, fac.similé, pp. 7-18.
- FOX. K.F.A. (1988). «*Social Marketing of Oral Rehydration Therapy and Contraceptives in Egypt* » in *Studies in Family Planning*, vol. 19, numero 2.
- GIDDENS, A. (1976). *New rules of Sociological Methods*, London, Hutchison
- GODIN. G. (1991). *L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs*. *Sciences Sociales et Santé*, 1991, IX (1). pp. 67-101.
- GORDON. G. (1988). *Preventing a crisis: AIDS and family planning work*. London, International Planned Parenthood Federation.
- GREEN. L.W., KREUTER. M.W. (1991). *Health Promotion Planning - an Educational and Environmental Approach*, 2d ed.
- GREENWOOD. E. (1976). *Experimental Sociology - A study in Method*, New York, Octagon Books.
- HATCHER, R.A., KOWAL. D., GUEST. F. et al. (1989). *Contraceptive Technology*, Atlanta, International Edition Printed Matter Inc.
- HERAULT-DELANOE J. (1991). *Revue sectorielle : Analyse de la dynamique sectorielle; Information, Éducation, Communication en matière de population*, Bénin , MS.
- HERAULT-DELANOE J. (1991). *Information, Éducation, Communication dans le secteur informel : Rapport sectoriel. Mission de revue de programmes et de développement de stratégies*. BÉNIN-FNUAP.
- HAYEK, FRIEDRICH VON (1991). *Scientisme et sciences sociales -Essai sur le mauvais usage de la raison*. Collection Agora et Cox et Wyman, collection Presses Pocket, Plon.
- KARANJA, D. W. (1988). The phenomen of "outside wives", some reflections on its possible influence on fertility. dans *La nuptialité en Afrique au Sud du Sahara: changement en cours et son impact sur la fécondité*; Centrer Port-Royal, Paris, Saint-Lambert-des-Bois.

- KATZ, E. (1971), «The social itinerary of technical change: two studies of the diffusion of innovation» (1961), in Schramm et Roberts (eds), *The process and effects of mass communication*, Chicago, University of Illinois Press, pp. 760-797.
- KOTLER, P. (1991). *Le marketing : de la théorie à la pratique*. Québec , Gaétan Morin.
- KÜHN, T. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris, Flammarion, coll. Champs.
- LAKHOFF, G. et JOHNSON, M. (1985) «*La causalité: en partie émergente et en partie métaphorique*», les métaphores dans la vie quotidienne, Paris: Les éditions de minuit, pp. 79-86.
- LARAMÉE, A. et VALLÉE, B. (1991). *La recherche en communication: éléments de méthodologie*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- LASSWELL, T. (1974). *Sociology in context: Scientific and humanistic*. Morristown, General Learning Press.
- LAURAS-LOCOH, Th. (1988). *Family trend and demographic transition in Africa*. International Social sciences Journal, 42, 4 (126), pp. 475-492.
- LEVI-STRAUSS, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris, Plon.
- LEVI-STRAUSS, C. (1950). «Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss (1993)» dans D. Bounoux (1993). *Sciences de l'information et de la communication*. Paris-cedex 06, Larousse, pp. 147-162.
- LOCOH, T. (1992). «*Vingt ans de planification familiale en Afrique Sub-saharienne*» dans *Les dossiers du CEPED*, Paris, Groupements d'Intérêts Scientifiques EHESS-INED-INSEE-OTSTOM.
- MACHLUPP, F. (1994). «Are Social Sciences Really Inferior ?» in M. Martin, et L.C. McIntyre, *Readings in the Philosophy of Social Science*, Cambridge: MIT Press, pp. 5-19.
- MAFFESOLI, M. (1993). «Le quotidien et le local comme espace de la socialité». dans M. Audet et H. Bouchikki (eds) *Structure du social et modernité avancée : retour des travaux d'Anthony Giddens*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, pp.203-222.
- MAINE, D. et al. (1987). «Prevention of Maternal Deaths in Developing Countries: Program Options and Practical Considerations» dans *Discours présenté à la Conférence internationale sur la Maternité sans Risques, Nairobi, 10-13 février 1987*.
- MASSE, R. (1995). *Culture et Santé Publique: Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Québec, Gaétan Morin.

MEDEIROS (de), N. (1994). *Cultures sanitaires et décodages de message télévisé de santé chez les Fon du sud du Bénin*, Thèse de Doctorat. Université de Montréal.

MEDEIROS (de), N. (1995). *Analyse des sociétés sous l'angle socioculturel*. Module II. Cotonou, IRSP.

MEDEIROS (de), N. (1995). *Processus de communication et catégories de communication sociale*. Module IV, Cotonou, IRSP.

MESNY, A. (1993). «Temps, théorie de la structuration du changement» dans M. Audet et H. Bouchikki (eds) *Structure du social et modernité avancée : retour des travaux d'Anthony Giddens*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, pp. 197-201.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. (1998). *Santé Familiale-Bénin: Politique, Normes et Standards des Services*. Cotonou, D.S.F.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1992). *Programme National de Planification Familiale: Stratégie d'Information, Éducation et Communication en Planification Familiale*. Royaume du Maroc.

MINISTÈRE DU PLAN (MPREPE) (1996). *Enquête démographique et de santé. Cotonou, INSAE, 1996*.

MOLINO, J. (1985). *Pour une histoire de l'interprétation : les étapes de l'herméneutique philosophique*. XII, 1, Printemps 1985 : 73-102 (partie 1); XII, 2, Automne 1985 : 281-314.

NDONDO-A-PITSHANDENGE, I. S. (1992). «Les mutations culturelles en matière de mariage et de sexualité en Afrique subsaharienne: est-ce le début d'une transition démographique»? *Les modes de régulation de la reproduction humaine: incidence sur la fécondité et la santé*; Colloques International de Delphes; 6-10 octobre 1992; AIDELF; (6):55-64.

NOUNAGNON. V. (1994). *Étude de l'influence de la distribution à base communautaire des contraceptifs modernes sur leur utilisation par les mères de la circonscription urbaine de Ouidah*. Mémoire, IRSP, Cotonou, 1994, 58, 93p

OKORE, A.O. (1980). *Rural-urban fertility in developing countries*, *Studies in Comparative International Development*, 23, 4: 3-14. 24.

OMBOLO, J-P. (1990). *Sexe et société en Afrique noire, L'anthropologie sexuelle beti: essai analytique, critique et comparatif*. Paris, l'harmattan.

O.M.S. et UNICEF. (1978). *Soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les Soins de santé primaires: Alma-Ata, U.R.S.S., Genève*.

O.M.S. (1979). *Sciences de la communication pour la promotion de la santé*. Séries de rapports techniques No 10, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.

- O.M.S.(1986). *L'éducation pour la santé, à l'appui de la santé pour tous*. VOL.1, OMS, SCIPHE.
- O.M.S. (1990). *L'éducation pour la santé: manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires*. Genève, O.M.S.
- OROU-YOROUBA, R. (1994). *Culture locale et prévention des problèmes de santé dans une société rurale du Bénin*, Mémoire de maîtrise en anthropologie. Montréal, Université de Montréal.
- OUELLET. A. (1981). *Processus de recherche - Une approche systémique* Sainte-Foy: Presses de L'Université du Québec.
- PEIRCE, C.S. (1958) *Selected Writings*, Garden City, Doubleday.
- PILLAI, V. (1988). *Teenage fertility in developing countries*, Studies in Comparative International Development, 23, 4: 3-14.
- PILON M. (1994). «Nuptialité, fécondité et reproduction sociale chez les Moba-Gourma (Nord-Togo)». dans *Les Familles d'Aujourd'hui*. Colloques de Genève (17-20septembre 1994); AIDELF; (2). pp. 275-283.
- POIRIER. J et CLAPIER-VALLDOW. S. (1993). «*Les récits de vie : Théorie et pratique*» . Paris, Presses universitaires de France.
- PRINZ. A. *Medical-anthropological considerations on the population decline among the Azande of Central Africa*, Curare, 9, 3-4: 25-268.
- PREJEAN. M. (1994). *Sexes et pouvoir : la construction sociale des corps et des émotions*, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- PROST, A. (1995). *De la maladie à la santé: Individu, société, environnement et culture*. Cahiers Santé, 5, pp. 331-333.
- REID, A. (1989). «Helping young mexicans take their own decisions» in *People*, volume 16, numéro 2, Londres, International Planned Parenthood Federation.
- RENAUD, L. et GOMEZ ZAMUDIO, M. (1998). *Planifier pour mieux agir*. Québec, Bibliothèque nationale de Québec.
- RICOEUR, P. (1984). *Time and narrative*. Vol.1, Chicago: Chicago University Press,.
- RISS. M-D, (1989). *Femmes Africaines en milieu rural*. Paris, Éditions l'Harmattan
- RIVIÈRE. C. (1990). *Union et procréation en Afrique*. Paris, Éditions l'Harmattan.
- ROGERS, E. (1983), *Diffusion of innovations*, New York, The Free Press.

ROCHON, A. (1988). *L'éducation pour la santé: un guide F.A.C.I.L.E pour réaliser un projet*. Montréal, Agence d'Arc.

SIDIBÉ, M. (1996). *Utilisation de la contraception moderne par les communautés de Ouidah cinq ans après un programme d'Information, Éducation et Communication*. Mémoire: Santé publique, Cotonou, IRSP

TABUTIN, D. (1979). «Nuptiality and fertility in Maghreb» in L. T. Ruzicka (ed.) *Nuptiality and fertility*, Liege/Belgium, UISSP. Pp. 107-122.

THERIEN, G.(1985) «Santé, maladie, guérison : apport de la sémiologie» dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (eds). *Traité d'anthropologie : l'institution de la santé et de la maladie*. Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 85-103 .

UNICEF et BENIN (1998). *Enfants et femmes, Avenir du Benin: Programme Planification, Suivi et Évaluation*. Benin, Unicef.

WATSON, D. L.(1989). «Self-directed behavior: self-modification for personal adjustment» xiv.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, H-J.; JACKSON, D.(1972). «Une logique de la communication» dans D. Bougnoux (1993). *Sciences de l'information et de la communication*. Paris-cedex 06, Larousse, pp. 238-252.

WEAVER, W.; SHANNON, C.(1975). *Théorie mathématique de la communication*. Paris, Retz-GEPL.

WINIKOFF, B. et al. (1986). «Medical Services to Save Mother' Lives: Feasible Approaches to Reducing Maternal Mortality». in *The Population Council*, New York, 1 décembre .

YEBOAH-AFARI, A. «Ghana Daddies Club Together», *People*, volume 13, numéro 1, International Planned Parenthood Federation, Londres, 1986.

ANNEXES

Annexe 1: GUIDE POUR L'ENTRETIEN AVEC LES AGENTS DE SANTÉ

- Quels sont les objectifs que vous vous êtes donnés dans le domaine de la pratique de l'information, de l'éducation et de la communication pour la planification familiale ?
- Dites les moyens, méthodes, instruments que vous utilisez pour atteindre vos objectifs.
- Exposer vos résultats avec les impressions que vous en gardez.
- Donnez vos opinions sur votre pratique de l'information, de l'éducation et de la communication pour la PF... par rapport à la formation reçue, l'environnement de travail et les populations.
- Parlez de vos sources de motivation...dans la pratique de l'I.E.C en PF et des leçons que vous avez pu retenir durant cette longue pratique.

Annexe : 2 Entretien avec un concepteur de programme

1- Quels sont les objectifs pour l'intervention des agents de santé en IEC/PF?

- Contribuer à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile par l'espacement de naissance.
- Améliorer les connaissances et les pratiques des hommes, femmes et jeunes afin qu'ils utilisent les produits contraceptifs modernes.

2- Quelles sont les méthodes préconisées pour atteindre les objectifs?

- enquêtes: identification des comportements liés à la contraception, de leurs causes.
- mise en place et formation des équipes départementales et sous-préfectorales.
- Élaboration de messages et prétest.
- Mise en œuvre.

3- Les agents ont-ils été formés par rapport aux objectifs? Par rapport aux réalités socioculturelles?

- Les agents ont été formés par rapport aux objectifs en grande partie.
- la formation a parfois tenu compte de quelques éléments Socioculturels; cette insuffisance a été prise en compte dans les activités IEC qui se mènent actuellement.

4- Leurs prestations contribuent-elles aux résultats?

- Les agents de santé font des prestations limitées parce que souvent occupés par des activités curatives; ce qui n'a pas souvent abouti aux résultats.

5- Les messages véhiculés sont-ils en accord avec la réalité?

- les messages véhiculés tiennent compte en grande partie de la réalité nationale; toutefois il y a quelques spécificité dont il faut tenir compte dans l'élaboration de certains messages surtout entre le nord et le sud du Bénin.

6- Comment appréciez-vous la motivation des agents et les résultats?

Les activités IEC, relativement nouvelles, les ont intéressés au début; mais progressivement certains se sont découragés lorsque les changements de comportement souhaités n'ont pas apparu tout de suite. D'autres considèrent les activités IEC comme secondaires et ne leur

accordent pas toute l'attention requise.

Enfin, il y en a qui ont espéré y trouver une motivation matérielle, ce qui n'a pas été toujours le cas.

Quelques résultats ont pu être obtenus; mais de façon générale les objectifs n'ont pas été atteints, le sexe reste encore tabou quand bien même l'avènement du SIDA a permis de lever le coin du voile.

7- Quelles sont les insuffisances de ce programme?

a. c'est un programme exécuté uniquement par les fonctionnaires de l'état; il n'est pas décentralisé jusqu'au niveau communautaire.

Approche de solution: organiser les activités communautaires avec les relais qui vivent au sein de la communauté: c'est la solution que j'ai préconisé et qui est en cours d'application aujourd'hui dans le pays.

b. le programme est presque entièrement financé par l'extérieur: c'est une faiblesse.

Approche de solution: augmenter le pouvoir d'achat au niveau communautaire à travers des crédits à faibles intérêts pour des micro-réalisations; cela permettra aux populations de contribuer à

l'exécution des activités IEC. Le financement communautaire qui se déroule dans les centres de santé peut aussi servir de source de financement aux activités.

c. les bailleurs de fonds veulent des résultats immédiats alors que le changement de comportement est en général un processus lent qui s'obtient souvent en plusieurs années.

Approche de solution: faire un plaidoyer auprès des décideurs et des partenaires au développement.

d. il n'y a pas beaucoup de messages et supports de communication adaptés aux réalités locales.

Approche de solution: élaborer les messages sur la base des causes des comportements identifiés relatifs à la PF.

Annexe 3: Tableaux synoptiques des récits des sages-femmes.

Tableau I: Éléments d'entretiens avec les sages-femmes 1, 2 et 3

Éléments	Sage-femme 1	Sage-femme 2	Sage-femme 3
1. Formation des Éducateurs			
1. Objectifs, Cibles	Nous avons été formées pour la planification familiale L'équipe qui s'occupe réellement de l'IEC - PF est constituée de la sage-femme qui est la prestataire, l'animatrice en PF et comme tous les infirmiers ont été formés eux aussi.	Dans la formation on nous donnait les produits, on nous indiquait comment faire l'IEC et on nous expliquait dans le temps que l'IEC c'est la seule arme qui peut nous faire parvenir jusqu'au dernier hameau les bienfaits de la PF.	Un certain nombre de sages-femmes, infirmiers et même des paramédicaux et même des aides-soignants.
2. Lieux, Durée			Formée en IEC en ce qui concerne la planification et c'est à Porto-Novo. Formation pendant au moins 72 heures.
3. Contenu		Avec l'évolution et plusieurs recyclages tout change et tout évolue, nous avons appris comment gérer même ces produits de la planification. On nous a dit.... La PF doit être comme toute autre activité.	Les différentes méthodes, les différentes techniques en matière d'IEC, afin de pouvoir faire passer le message en ce qui concerne la planification.
II. Séances éducatives			
4. Lieux	Nos activités s'étendent dans toutes les communes. C'est toute l'équipe des agents de santé qui est mobilisée pour faire l'IEC-PF dans les communes, les ateliers de couture, menuiserie, tailleurie,	Il faut sortir, il ne faut pas atteindre même les gens les plus reculés. Nous nous déplaçons dans chaque hameau qui est situé à plus de 5 km du centre dans les agglomérations les	Quand nous allons aussi en stratégie avancée pour les vaccinations et pour le PMA(Paquet Minimum d'Activités).

	les écoles	plus reculées.	
5. Nature du message	Avantages de la PF, les méthodes disponibles dans les centres de santé.	Nous avons des nouvelles méthodes et vous allez avoir l'enfant quand vous voulez et le nombre que vous voulez que de rester être surprise par une grossesse et vouloir avorter. L'IEC améliore leur vie génitale parce qu'elles ne sont plus surprises par les grossesses que de faire des grossesses rapprochées alors que le revenu n'est pas approprié au nombre d'enfants. Il faut penser à l'avenir de ses enfants... comment les supporter et c'est surtout ça parce si on fait un enfant sans pouvoir le supporter ce n'est plus la peine on est en train de créer un problème autour de nous.	On les informe sur, on leur fait l'IEC en PF en leur indiquant les différentes méthodes. On fait passer aussi l'IEC en PF et avec les participants, avec les mères, tout de suite pour leur faire acquérir une méthode...pour les informer, et les éduquer
6.Méthodes/Matériels utilisés.	Les causeries, animation de groupe d'homme et de femme ou bien de femme à part et d'homme à part. Un groupe de sketch. Des cassettes vidéo sont enregistrée dans la langue du milieu le yoruba, il y a des cassettes en PF, beaucoup de cassettes (en langue) yoruba disons que l'ANI. Les boîtes à images en français	C'est par le griot et la mosquée que nous faisons passer le message...la Communication message en langue locale, c'est par le chef quartier les griots et les mosquées; parce que d'abord peu ont de radio et n'ont le temps d'écouter au moment où les émissions passent. Des fois ils sont au champ si c'est le soir	Sur le terrain nous sommes avec les aides-soignants, les matrones et même les agents villageois de santé qui nous aident beaucoup. Nous faisons des activités communes(intégrées) . Nous avons l'habitude de faire la vaccination, la consultation, les pesées, donc on essaie de trouver un moment quand

	avec images adaptées sauf qu'on va leur traduire.	à 19 heures ils sont à la mosquée et les femmes sont à la cuisine avec les enfants...	même pour insérer l'IEC en PF. Nous utilisons une boîte à image, flanélographe.
7. Cibles	Femmes, Adolescentes	La plupart des activités vers les femmes	Les nourrices justes après l'accouchement. Les femmes et certains hommes qui sont, qui veulent bien nous écouter.
8. Nature du groupe.	Groupements de femmes déjà constitués.		
9. Dynamique de groupe	Nous appuyons sur la responsable pour pouvoir couvrir les autres femmes qui sont dans le groupement. Si, groupe mixte, il y a une timidité au niveau des femmes, un peu honte. Après les séances, ceux qui sont intéressés se déplacent vers nous.	Vraiment on se ressaisit on n'arrive pas régulièrement là on fait semblant d'aller dans une autre maison au même moment les femmes se communiquent et on se retrouve à ailleurs.	Quand les femmes sont seules, elles sont libres, elles sont plus dégagées, elles parlent mieux que quand elles sont avec les hommes
10. Réseaux de soutien	Les groupements de femmes par lesquels nous avons essayé de retenir une responsable.		Nous disons que nous passons par les notables du village et nous essayons de causer avec eux. Et c'est eux qui... qui nous aident à atteindre le maximum de femmes.
III. Réactions et Influences.			
11. Conjoints / maris	Des femmes veulent, les maris ne sont pas d'accord... parce que ces femmes se sentent trop libres si elle sont sous méthodes contraceptives.	Parfois, il y a des réticences à l'information. Vous arrivez et quand vous commencez le sujet, les hommes changent de principe ; ils disent non qu'ils ne savaient pas que	Le message ne passe correctement quand c'est les femmes regroupées avec les hommes constituant le groupe... Pour 25% des femmes, les hommes jouent un rôle

		<p>c'est pour tel ou tel chose c'est des choses qu'on ne doit pas parler entre femmes que vraiment, ils n'acceptent pas. On dit que telle personne est venue détourner les femmes pour faire tel et c'est finir. Ce serait un autre problème alors que ce n'était pas l'objectif .</p> <p>D'autres disent ha! Mon mari m'a appelé 2 fois dans la chambre il m'a dit notre causerie là il n'est pas d'accord..</p> <p>Souvent les maris sont réticents, des fois elles disent bon je vais ici je vais ici et elles courent elles bon je vais faire la PF. Et elles font leur injection et prennent leur pilule et surtout c'est la nuit qu'elles viennent</p>	<p>important. Dans la famille c'est l'homme décide, c'est l'homme... est le chef de ménage, c'est lui qui dirige son ménage.</p> <p>La décision elle ne se prend pas de suite; c'est, il faut un consensus du mari. Les peulhs là par exemple ils sont quand on en parle ils commencent par rire, ça nous paraît un peu bizarre.</p>
12.Coutumes, Mœurs et Religion	<p>Le manque d'information est un frein à la contraception. La religion dans la sous-préfecture ne constitue pas du tout un obstacle. En période de carême on dit qu'on ne fait pas d'injection donc la femme doit finir son carême...</p> <p>Or le sexe pour les gens c'est quelque chose ... on ne doit</p>	<p>Il y a quand même des extrémistes (fidèles) qui croient en la religion. Que ce que Dieu a donné, il faut faire. Les musulmans surtout, ils disent que la femme n'a pas droit à dire qu'elle va donner un peu d'enfant ; Si elle doit rester comme ça, et le reste ... les ovules qu'elle a dans son organisme.... où elle va laisser ?</p>	<p>Le responsable religieux lui-même n'est pas en train de faire une contre - information sur notre PF;</p> <p>Ceux qui sont réticents et qui tiennent beaucoup à la religion ne viennent pas, mais ils laissent quand même les femmes libres de suivre.</p> <p>Puisque bon...tel</p>

	<p>pas parler de sexe comme ça surtout les hommes encore c'est bon, mais les femmes là toujours honte de dire.</p>	<p>On pense qu'en faisant le planning elle va tricher en dehors du foyer.</p> <p>Il y a des réticences parce que surtout à Djougou il y a des extrémistes, eux ils n'attendent pas qu'il y ait quelque chose pour eux ; c'est leur religion et ça s'arrête là.</p> <p>Comment une femme d'un autre homme qui ne doit pas sortir pour aller à la maison d'un autre homme ira se mettre devant les autres hommes et leur parler ?</p> <p>En ville ils sont purement musulmans et c'est difficile. C'est un mélange dans les villages et là eux ils sont moins réticents</p> <p>L'homme le musulman n'entend pas voir une femme devant lui donner quelque information, quelque soit le bien fondé de l'information et ils ont toujours dit que la femme n'a pas le droit de former ou bien d'informer un homme de telle manière que nous suivons leur système. Pour les cultes et autres, ça tient beaucoup compte parce que si nous ne respectons pas leurs</p>	<p>que par exemple nous pouvons parler de la vaccination ou bien de la nutrition facilement devant les femmes ; bon en ce qui concerne la PF, il faut quand même voir, étudier le milieu voir et vraiment comment s'y prendre pour pouvoir faire passer le message sinon ; bon il y a d'autres qui vont, qui ne seront pas ... surtout en matière d'acceptation ce n'est pas dans le groupe que la femme va accepter.</p> <p>La religion, elle est quand même d'accord à la planification familiale, elle trouve mieux la planification que l'avortement.</p>
--	--	---	---

		mœurs et leurs religions rien ne passera , parce que d'abord, il faut croire à ce que eux autres ils croient	
13. Contraceptions traditionnelles.	<p>Il y a deux femmes que nous avons perdu de vue, qui nous montrent par exemple une bague pour dire que actuellement c'est ce qu'elles font et sont revenues avec un grossesse ...</p> <p>La polygamie qui était un frein à la pratique..., si une femme accouche, on ne doit plus s'approcher d'elle, c'est une autre, on se contente de celle qui n'a pas une grossesse ou bien de celle qui n'a pas un bébé.</p> <p>Il y a des femmes qui utilisent la méthode par abstinence.</p>	<p>Elles disent que les maris font les talismans, les maris leur donnent les chaînes à mettre au rein (bassin) jusqu'au jour où elle voudra concevoir avant d'enlever. Vraiment, il y a toujours d'échec.</p> <p>Sans PF on peut rien, les méthodes traditionnelles ne réussissent pas et toujours des échecs ;</p>	<p>Elles disent que les pratiques traditionnelles sont vouées à l'échec donc elle ne se fient pas trop à ces méthodes là. Toutes les femmes d'office; vous savez que chez nous il y a là, il y a la contraception traditionnelle c'est-à-dire la femme se « méfie » de son mari, après l'accouchement elle va rester avec sa maman...</p> <p>Certains tradipraticiens que ils ont même des bagues, qu'ils ont des amulettes, qu'ils ont des cordes qui peuvent valablement autant que nos méthodes modernes valablement. La méthode séparation avec le mari est ancrée dans les habitudes.</p> <p>Cette méthode... ne me paraît pas bonne parce que il peut arriver des rapports dangereux, peut-être avec un autre homme pourquoi pas.... on a eu à observer des grossesses pendant que la femme n'est pas avec son mari et elle prétend que elle est avec ses</p>

			parents... fiable parce que pendant deux ou trois ans il est difficile pour une femme de rester loin de son mari.
14.Coûts contraceptifs.		Des fois même par mégarde nous avons des ruptures parce qu'on ne s'attend pas au nombre qui afflue maintenant	Si la femme n'a pas les moyens, si l'homme ne l'aide pas, elle ne peut pas accepter une méthode.
15.Effets secondaires		Le condom n'est pas tellement accepté ; d'autres disent que les hommes sont tellement très agités que des fois le condom se déchire et on a une grossesse indésirée alors que si vous êtes sous pilule ou bien noristerat vous êtes plus protégées. c'est surtout à cause de l'oubli que beaucoup préfèrent le nosristérat.	La femme a trop saigné... elle a trop saigné de noristerat. Le mari, c'est un fonctionnaire c'est un intellectuel, il a dit que ah, il ne va plus jamais pratiquer cette méthode là il s'est mis à ne plus accepter notre méthode. Il voulait carrément faire son enfant.
16. Langues locales		Puisque pour le moment 80% de la population est analphabète, ils écoutent la radio mais si ce n'est pas en leur langue locale pour eux ce n'est pour tout ce qu'on dit qui passe.	
17. Femmes et perceptions de la procréation	Quand on fait la planification familiale la femme ne trouve pas d'enfant et ça vous donne telle ou telle maladie. Le		Certains disent que le Dieu a fait, a donné un certain nombre d'enfants aux femmes, donc, il est question que la femme fasse le nombre d'enfants,

	<p>nombre qui se rapproche de nous n'est pas tellement important par rapport au groupe que nous animons dans les villages dans les sous-préfectures ; ça nous confirme peut-être qu'elles ne veulent pas. Dans le groupe des jeunes vous êtes accueillis favorablement. Le groupe des femmes, ça fait leur problème.</p>		<p>qu'il n'est pas question d'arrêter quoi que ce soit.</p> <p>Il y a des femmes pour lesquelles nous prenons vraiment la responsabilité de les mettre sous une méthode de ...Pour sauvegarder leur vie pour celle qui veut .</p>
18. Jeunes/Sida	<p>Les jeunes sont beaucoup plus intéressés à la chose avec besoin d'informations</p>	<p>Les jeunes ont commencé par changer parce que les vieux ont des enfants qui sont des intellectuels et avec le temps que nous avons fait avec eux nous avons constaté qu'il y a un grand changement parce que ceux qui ne venaient même pas à l'hôpital, maintenant fréquentent nos infrastructures.</p> <p>Les jeunes font les 2/3 de la population et maintenant beaucoup ont été à l'école tout le monde comprend, il n'ont plus cette mentalité ; c'est ça qui fait que les choses changent.</p>	
19. Éducateurs	<p>En général, on a remarqué quand même que, ça les intéresse. L'information ne va pas vers tout le monde</p> <p>Les messages passent</p>	<p>On donne le rendez-vous, on prend le jour où ils sont disponibles à nous recevoir parce qu'on ne les surprend pas, ils sont souvent au champ et c'est eux qui donnent leur jour.</p>	<p>Maintenant. les raisons qui les poussent à ne pas accepter ça, qu'il faut chercher à savoir et je disais tout à l'heure que peut-être que c'est nous qui avons encore</p>

	<p>quand même mais ce n'est pas tout le monde. Il y a quand même des gens qui sont réticents, je ne sais pas; on y peut rien. Ce n'est pas toutes les femmes qui ont compris le message qui vont venir, accepter une méthode.</p> <p>La planification familiale, et l'IEC en particulier, c'est une activité très difficile parce que il faut se déplacer bien sûr vers les gens. Vous êtes obligés de sortir, d'aller vers les gens. Et là où c'est surtout difficile, vous programmez vous allez là-bas, le nombre que vous voyez ne vous encourage pas.</p>	<p>Nous on a compris que l'IEC est entrain de pénétrer dans la population parce que le nombre d'avortement provoqué des nourrisse dans le temps, ça a complètement changé.</p> <p>Si nous voyons qu'il y a réticence, on n'essaie de voir les femmes on dit bon rendez-vous à tel jour quand on va se rencontrer tout changera. Nous constatons que ceux qui sont plus éloignés nous acceptent plus que ceux qui sont avec nous.</p> <p>Le travail nous est diminué parce que une femme qui ne fait pas la PF, et qui a son enfant au dos et qui souffre, tu n'as pas la paix alors que si elle sous pilule, elle n'a pas sa grossesse, elle n'a pas à provoquer, toi aussi tu as la paix à la maternité; elle aussi économiquement elle est en paix. C'est à nous d'aller vers eux.</p>	<p>certaines insuffisances pour ...</p> <p>Des fois même vous remarquez que cette femme en principe doit faire la planification familiale pour telle ou telle raison peut-être son état... son mari n'est pas d'accord.</p> <p>Vous pouvez parler 15, 20 à 30 minutes ça ne fait pas leur problème.</p> <p>Les changements, bon, ce n'est pas automatique. On ne sait pas si vraiment les gens ont retenu, les gens ont compris ce que nous avons dit.</p>
20. Supervision	<p>Nous bénéficions de la supervision départementale. c'est surtout les prestations de PF. Pas de supervision particulière pour l'IEC-PF.</p>	<p>(La supervision) des activités PF, c'est du département vers nous. Il nous demande nos problèmes. Quel problème nous avons et avec toutes ces questions il arrive à</p>	<p>Il y a une supervision... les superviseurs vont même dans la population pour demander des informations, réclamant les carnets pour voir les</p>

		voir et des fois même on revient encore sur une formation de quelques 20 à 15 secondes	acceptantes, comment je vends les pilules ... si la population veut bien de la planification. Si la population a compris. En fait elle, il y a, c'est plus difficile que ce qu'on y pense.
--	--	--	--

Tableau II: Éléments d'entretiens avec les sages-femmes 4, 5 et 6

Éléments	Sage-femme 4	Sage-femme 5	Sage-femme 6
I. Formation Éducateurs			
1. Objectifs, Cibles	J'ai une animatrice des affaires sociales à laquelle je me suis ajoutée dans le cadre de la formation		Il s'agit d'aller dans la population pour les sensibiliser et les amener à accepter la PF.
2. Lieux, Durée		Formation pendant cinq semaines à Lomé puis en novembre, que nous avons eu une formation sur la PF. Donc il a été dit, qu'il y aura de supervision, mais pour le moment on en a pas encore reçu.	Nous avons eu après la formation en PF à Cotonou, principalement à la SMI (Service de Santé Maternelle et Infantile) de Cotonou sur les méthodes contraceptives.
3. Contenu	J'ai reçu une formation sur toutes les méthodes de la planification familiale, j'ai reçu la formation sur la méthodologie d'IEC aussi. L'animatrice a reçu une formation sur l'IEC	"la Technologie contraceptive". L'accent a été porté sur les méthodes en PF, mais surtout sur l'IEC	

II. Séances éducatives			
4.Lieux	On avait institué une stratégie avancée pour aller voir ces maris...	Dans l'ONG (l'ABPF) Association Béninoise Pour la Promotion de la Famille, on se déplaçait de village en village pour sensibiliser les femmes sur ça marchait. Nous profitons de nos consultations ou de nos vaccinations pour faire la sensibilisation. On profite parfois des séances de distribution des intrants	Organiser des visites à domicile à des groupements de femmes. De temps en temps, nous avons commencé à faire des sorties dans les quartiers. Un quartier de la ville ou un village environnant.
5. Nature du message	Je choisis un thème... planification familiale, le sous thème, ça peut être la définition de la PF. On a des images qui montrent une famille dans laquelle on fait des grossesses rapprochées et on voit l'état de cette mère qui est appauvrie avec de nombreux enfants...et une famille qui pratique de la PF. A les voir, on voit que c'est une famille heureuse... Je leur dis les avantages de la planification familiale en leur montrant les produits qu'on a sur place	On explique tout, la vie coûte cher, ce n'est pas la même chose tout ça là. La vie coûte chère, voilà, voilà, trop d'enfants ce n'est pas l'idéal il faut espacer; on ne vous demande pas une limite mais on vous dit d'espacer pour que l'enfant se porte bien parce que quand l'enfant n'est pas bien portant, la famille ne se porte pas bien, vous vous plaignez d'argent, quand l'enfant est malade vous êtes obligés d'aller aux soins et les soins c'est de l'argent.	Bon ...nous parlions des méthodes...les différentes méthodes qui existaient aux femmes. On préparait déjà les femmes enceintes à choisir une méthode après l'accouchement pour ne pas avoir des grossesses surprises ... C'est pour prévenir ces grossesses surprises que nous parlons de la planification familiale. On ne tombe pas enceinte n'importe comment en utilisant ces méthodes. La planification familiale au niveau des couples : Comment avoir des

			<p>enfants, voulus au moment voulu et le nombre voulu.</p> <p>Nous essayons de leur faire des démonstrations pour afin d'accepter, tout en leur donnant des conseils, parce que c'est leur vie qui est en danger. de bien se surveiller pour ou vraiment....pour que leur mari ne sache.</p>
<p>6. Méthodes/Matériels utilisés.</p>	<p>Je prépare une fiche pédagogique...Je mers des boîtes à image et..</p> <p>Le counseling qui est un entretien interpersonnel entre la cliente et moi pour pouvoir l'aider à choisir une méthode... en PF</p>	<p>L'information c'est au quotidien parce que la plus part du temps, on a du monde à la consultation prénatale à la vaccination et puis on profite aussi des activités du centre social il y a le centre social.</p> <p>Quelque fois on leur dit ah si vous ne respectez pas ce qu'on vous dit, les blancs ne vont plus vous envoyer ce qu'on vous donne pas toujours juste pour les informer. La visite à domicile est consacrée pour ce quartier. Et de maison en maison on va on parle de la PF, des bienfaits ainsi de suite. C'est une simple causerie. On utilise des boites à image que nous faisons voir et au fur et à mesure quand tu expliques</p>	<p>On faisait de petites causeries avant de commencer nos activités de consultation, la consultation prénatale....</p> <p>Nous n'avons pas de cassettes vidéo, mais on a quand même des boîtes à image, des ...les gravures.</p>
<p>7. Cibles</p>	<p>On faisait l'information, l'éducation et la</p>	<p>Femmes en consultations et au village.</p>	<p>Quelques femmes à qui nous parlions de la planification</p>

	communication aux femmes arrivées en(visite) postnatale et toutes les femmes qui ont amené leurs enfants à la vaccination. on avait institué une stratégie avancée pour aller voir ces maris...J'ai une animatrice des affaires sociales		familiale. Les groupements de femmes.
8. Nature du groupe	Les femmes qui sont en ville ici, c'est-à-dire à G.centre ici, comprennent mieux que celles qui viennent des fermes. Celles qui viennent des villages s'acharnent plus sur les activités champêtres que d'entendre l'IEC sur la planification familiale. Le fait de quitter leur village là-bas pour arriver ici pour se planifier ici ça leur demande déjà trop d'énergie ... donc... elles s'en fichent pas mal.		Nous prenons séparément les membres influents du village, les leaders d'opinion et autres. Mais pendant que nous nous entretenons avec les femmes, les maris peuvent être là. Et les cas que nous prenons séparément, ceux qui viennent ici, au moment de la planification familiale
9. Dynamique de groupe	D'autres réagissent bien. d'autres craignent leurs maris.		Il y avait une équipe qui était passée leur parler de beaucoup produire ; et que une équipe est venue leur parler de l'alimentation des enfants(service social), voilà que nous, nous venons leur parler de comment arrêter les grossesses. Est-ce que nous ne nous contredisons pas ?

<p>10. Réseaux de soutien</p>	<p>On essaie de se rapprocher des vieilles et des sages du village pour nous donner... les termes corrects pour désigner ces organes génitaux ou bien l'acte sexuel pour ne pas ... agacer les participants.</p>		<p>Nous essayons aussi de toucher des membres influents du coin pour pouvoir sensibiliser ceux qui pouvaient s'opposer éventuellement...à la séance ou à la planification.</p> <p>Les sensibilisations, C'est lesnous ciblons. Il y a des catégories, les membres influents, les leaders d'opinion, après les maris et les femmes elles-mêmes.</p>
<p>III. Réactions et Influences.</p>			
<p>11. Conjoints / maris</p>	<p>D'autres maris disent, si on met la femme sous contraception que c'est difficile dans leur milieu de les surveiller, que d'autres femmes prennent ça pour commettre de l'adultère, il y a d'autres qui sont exigeants et disent que c'est pour ...proliférer l'infidélité dans leur milieu... mais il y a d'autres qui comprennent un peu. Les hommes, les polygames n'aiment pas du tout la planification familiale et pour eux, c'est une activité qui pousse les femmes à ne pas être fidèles ou bien respecter le mari.</p> <p>Pour la plupart du temps, les maris sont polygames, les</p>	<p>Il y en a qui selon les méthodes ne voulaient pas, ou avaient certaines préférence pour certaines méthodes, compte tenu du comportement des époux et partout où on passe c'est le même problème. le mari ne veut pas que la femme fasse la contraception de peur qu'elle n'aille pas se trouver un amant ainsi de suite. Au départ, on avait exigé nécessairement la présence du conjoint, mais au fil du temps, on a constaté qu'avec cette procédure on n'atteignait pas le nombre donné.</p> <p>Les maris ne veulent pas du tout entendre que leurs femmes adoptent une méthode</p>	<p>Les problèmes que nous rencontrons, c'est la réticence des maris. D'autres qui disent que nous sommes venus détournés les femmes, ou bien les sortir, leur ouvrir la voie de l'adultère.</p>

	femmes s'intéressent bien à ça.	contraceptive sous prétexte qu'elles vont se balader. La motivation par rapport aux femmes est moindre chez les hommes parce que c'est...on peut dire, naturellement il y a un égo (égoïsme) au niveau de l'homme, c'est lui le père de famille, c'est lui qui doit décider, il n'entend pas... pour lui quand on parle de PF.	
12.Coutumes, Mœurs et Religion	<p>La plupart des femmes sont des musulmanes. Il n'y a pas cette femme, ou ce mari qui dit que la religion ne veut pas qu'on fasse la planification familiale. ...</p> <p>Chez certains, si tu dis, on dit que ces gens là, il sont déréglés hein. C'est du rapport sexuel qu'on parle comme ça. Et.. elle, il ne te suit même plus et ton message ne passe. l'infidélité, c'est sur ça que les maris insistent beaucoup. Les femmes elles n'ont pas tellement de problèmes. Elles s'intéressent beaucoup.</p>	<p>Il y a des femmes qui à peines mangent, mais tous les ans elles portent une grossesse.</p> <p>On s'accroche tellement au fétiche ou bien à ceci ou à cela... l'agent de santé quelque part ce n'est pas son milieu...</p> <p>Il faut associer les chefs traditionnels, les autorités, euh..., Il y a l'Imam(chef religieux) tout ça là, mais ceux là n'entendent pas parler de ça par exemple après une prière, ils trouvent que c'est un péché ainsi de suite.</p> <p>Selon les hommes c'est sous l'arbre à palabre qu'on discute souvent; ils ont un aîné ou bien quelqu'un qui parle, ils écoutent donc, c'est à travers ceux là qu'on pourra passer.</p> <p>Seuls nous ne , surtout au niveau des</p>	<p>C'est toujours un domaine honteux. Ah on ne doit pas exposer les problèmes intimes.</p> <p>Il y avait des mœurs qui ne permettent pas de développer la planification au sein des populations rurales.</p> <p>Les femmes qui sont arrivées...ont a du mal ...à raconter à leur mari, l'entretien, avec les agents de santé...parce que chez eux, la femme n'a pas le droit d'aborder ces genres de sujet.</p> <p>Les raisonson a vu que c'est peut-être les mœurs et les parents, qui sont toujours à la base. Et les maris aussi .</p> <p>Le poids de ces croyances et autres là écrasent les messages que nous leur apportons.</p> <p>Il y a le....au niveau de la religion surtout de la religion musulmane qui interdit et la religion catholique aussi qui</p>

		<p>hommes, moi je trouve que c'est difficile. Quelque part je dirai que il faut nécessairement euh, que le message passe d'homme à homme.</p> <p>Si tu veux d'enfant le fétiche donne et si tu ne veux pas le fétiche peut t'en empêcher, c'est-à-dire quand tu veux concevoir là il y a certaines cérémonies à faire, quand tu ne veux pas il y en a. donc c'est ça mais...</p> <p>Vous savez, le sexe c'est quelque chose de honteux en principe ce truc là on ne doit pas en parler en public.</p>	<p>interdit toute pratique qui n'est pas naturelle et qui doit limiter les naissances. Par exemple, eux autres ils croient que ces méthodes là font faire de mini avortements.</p> <p>Mais quand tu fais une sensibilisation et tu parles du sexe, vraiment (exclamation) les gens..... ne sont pas à l'aise, on trouve que c'est, tu es gâtée ou bien ah comment la femme là est debout comme ça pour se mettre à dire des choses comme ça</p> <p>C'est comme si ...eux autres ne savent pas que le monde évolue et que il faut exposer les choses clairement pour qu'on sache de quoi il s'agit. Quand il est question de mari et femme c'est vraiment difficile.</p> <p>La peur permanente qui secoue nos sœurs des campagnes que elles ne sont pas libres, spontanément de faire planifier.</p>
13. Contraceptions traditionnelles.	<p>La femme n'a pas besoin de pratiquer ces méthodes là après la séparation elle ira rester à côté de la belle-mère. Certaines avaient l'habitude de</p>	<p>Il y en qui utilisent des amulettes, il y en a qui utilisent des bagues, il y en a qui utilisent des... des cordelettes... et je crois, il y en a qui utilisent des infusions.... Tout ça</p>	<p>Il y a les bagues, il y a l'abstinence dont je viens de parler, la polygamie qui permet à la ...aux maris d'éloigner la femme qui vient d'accoucher en attendant que la seconde femme, aussi</p>

	<p>pratiquer des méthodes traditionnelles à savoir les bagues, les bagues surtout.</p> <p>Même si on enlève la bague, si l'empreinte ne s'efface pas, tu ne tomberas jamais enceinte.</p>	<p>là c'est des choses que nous ne connaissons pas; on ne connaît pas des composantes, on ne peut pas parler avec précision, de ça dans ce sens là.</p>	<p>femme enceinte, aussi accouche.</p>
14.Coûts contraceptifs.		<p>Il y en a qui se plaignent surtout des effets secondaires. En dehors du refus des maris, il y a aussi les moyens financiers.</p>	<p>les quelques rares hommes, leurs maris disent le blanc, mais c'est l'état pouvait les aider à, ...à se procurer les médicaments, les produits contraceptifs. Même si apparemment on voit que ça ne coûte pas grande chose, pour elle, elles veulent tout gratuitement .</p>
15.Effets secondaires		<p>La plupart des femmes viennent pour la méthode injectable parce que cette méthode là est une méthode, je peux dire plus ou moins secrète.. il n'y a rien qui prouve qu'elle a quelque chose en son sein.</p> <p>Certaines femmes disent, ah! il paraît que quand on fait l'injection, on ne fait plus d'enfant.</p>	
16. Langues locales	<p>Je ne maîtrise pas encore la langue, donc il me faut un interprète, des fois tu donnes ton idée et celle qui veut</p>		

	<p>transmettre, transmet ça autrement..</p> <p>D'autres s'énervent en même temps surtout, parce qu'il y a des thèmes dans le domaine de la planification familiale et appeler le sexe.</p> <p>Il y a des noms propres à chaque région que moi je ne maîtrise pas et celle qui. elle comprend mieux les termes pour désigner le pénis tout ça là pour ne pas agacer les participants. elle comprend mieux les termes pour désigner le pénis tout ça là pour ne pas agacer les participants.</p> <p>Si tu avais dit un thème qui ne les avait pas mis à l'aise, elle ignore tout ce que tu avais dit.</p>		
17. Femmes et procréation	<p>C'est la première grossesse pour ce mari là et elle ne peut pas planifier de ne pas même inviter son mari pour lui dire. Elle s'oppose catégoriquement. , les femmes s'intéressent à ça et peut même te voir clandestinement pour choisir une méthode.</p>	<p>Les femmes en elles-mêmes, elles sont perméables, elles comprennent parce que compte tenu de la cherté, des travaux ménagers.</p> <p>Il y a des femmes que moi je reçois en cachette.</p> <p>Elles se disent que ah avec l'injection là, je crois que le problème ne se posera pas, mon mari ne saura pas, il ne verra rien, ainsi de suite.</p>	<p>La peur permanente qui secoue nos sœurs des campagnes que elles ne sont pas libres, spontanément de faire planifier.</p> <p>D'autres croient que c'est quand elles sont enceintes la planification s'occupe de l'accouchement provoqué. Donc, on peut les aider à sauter la grossesse.</p>

18. Jeunes/Sida	les maris qui refusent viennent ici prendre des condom. Ils acceptent les condoms.	Actuellement même, on parle aussi des méthodes barrière comme le sida est en vogue surtout des condoms et c'est là où on a même le plus de problème. Parfois même, les gens lettrés, il y en a qui n'acceptent pas du tout, À plus forte raison, les gens qui ne sont pas lettrés qui se disent ah qu'est ce que le blanc a amené comme ça pour dire qu'il protège quoi, c'est une maladie qui existait depuis, il n'en est pas mort ou même s'il faut mourir vaut mieux mourir de quelque chose là. On a trop de problème... on se dit ah, quand on prend le condom... on ne peut pas manger la banane avec la peau, on ne peut pas faire ci	Il y a des lieux où ça marche avec leurs enfants qui ont fait l'extérieur, ou bien qui sont restés dans les villes. Ils nous aident dans ce domaine
19. Éducateurs	On fait tout pour les amener à (la) raison. C'est difficile.	Si une femme vient vers nous, par rapport à un problème de ce genre, nous allons vers cette maison là et nous essayons de sensibiliser sans toutefois montrer au mari que la femme était venue entre temps se plaindre de lui. Dans les villages euh... il faut savoir comment se comporter de peur que on ait des problèmes. On doit leur faire	À travers la réaction des populations, ce qui nous leur disons, leur réaction, leur désir l'empressement qu'on note sur le champ, au niveau, au sein du groupe, une fois que nous revenons, on voit que ce n'est pas cet empressement qui continue jusqu'à... au niveau de notre service. malgré ça nous constatons que le taux de fréquentation est bien faible en matière de PF.

		<p>comprendre, jusqu'à ce qu'elles comprennent. A des moments donnés sincèrement, moi je ne vais pas mentir, moi je me fatigue.</p> <p>Si vous voulez apporter du nouveau à cette personne par rapport à sa conception ancienne, il faut d'abord l'écouter et en l'écoutant vous pouvez orienter ce que vous avez à dire.</p> <p>On ne peut pas se juger soi même sinon qu'on se dit que avec le message que nous portons, normalement ça pouvait aller. L'activité vous permet d'avoir des contacts avec des femmes, la plus part du temps chez moi, et d'être une médiatrice entre la femme et ses problèmes.</p>	<p>Donc, je me dis est-ce c'est parce que le niveau de compréhension n'est pas suffisamment développé ou c'est la mauvaise foi ou ils ne savent pas le bien que leur procure la planification familiale.</p> <p>Même s'il y a des mœurs et vous savez le bien que la chose vous apporte, vous pouvez facilement oublier le côté mœurs et adhérez ce qu'on vous offre pour vous sauver.</p> <p>Je vois que, c'est-à-dire l'effort fourni en principe n'est pas aussi récompensé en résultat....</p> <p>Moi j'applique toujours la mentalité parce que nous sommes des africains peut-être notre niveau de compréhension n'est pas la même que ceux qui ont beaucoup voyagé et qui comprennent le comportement des blancs.</p>
20. Supervision	Depuis la formation du 12 novembre là, il n'y a pas de supervision sur la planification familiale, c'est sur la maternité (la consultation prénatale).	Donc il a été dit, qu'il y aura de supervision, mais pour le moment on en a pas encore reçue.	Si les chefs hiérarchiques doivent encore nous guider et nous dire et nous montrer les directives, le plan à suivre pour quand même arriver à rehausser...le taux de fréquentation des méthodes en planification, ce

			<p>serait une bonne chose.</p> <p>Il semble que nous sommes protégés maintenant. Même si le mari le savait un jour et venait, peut-être que nos chefs hiérarchiques vont nous défendre.</p> <p>De temps en temps le médecin chef vient en supervision. Il y a des équipes départementales qui viennent nous superviser. Il y a des équipes nationales aussi.</p> <p>Je dis que nous sommes parfois obligés de ne pas tout exécuter tout ce que nous devons faire dans la journée à cause de la restriction des locaux</p>
--	--	--	---