

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FÉCONDITÉ ÉLEVÉE AU BÉNIN : COMPRENDRE LE
PHÉNOMÈNE À PARTIR DU REGARD DES PERSONNES
MARIÉES SUR L'ENFANT ET LA PLANIFICATION FAMILIALE

THÈSE
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ ET SOCIÉTÉ

PAR :
TOGLA AYMARD AGUESSIVOGNON

FÉVRIER 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

DEDICACE

À mes bien-aimés Faith, Noah, Jéthro, Michée et Israël ; je dédie cette œuvre.

À mes parents et particulièrement à ma chère mère Victorine SOVOÉKAN, je dédie également ce travail en raison de vos nombreuses et affectueuses prières.

REMERCIEMENTS

Mes premiers mots de sincère gratitude sont destinés à Audrey Gonin et à Laurence Charton respectivement Directrice et co-Directrice de ma thèse. Telle une éminente aventure, la thèse est un parcours aussi long qu'incertain fait des moments d'espoir, de doutes voire de lassitude et de frictions. Guider une personne dans cette traversée est une énorme responsabilité intellectuelle et émotionnelle. Je vous sais gré d'avoir mis vos savoirs et savoir-être au service de l'aboutissement heureux de cette aventure. Aux professeurs Lilian Negura et Clémentine Rossier, je tiens à dire merci pour vos contributions à la qualité de ce travail.

Mes remerciements vont également à Fidélité Hountondji et à Martinienne QUENUM et à mes frères et sœurs pour vos soutiens de diverses natures.

Au Centre de Recherches pour le Développement International, je suis extrêmement reconnaissant pour le financement de mes travaux de recherche.

À Wilfried Affodégon, je dis aussi merci de ton soutien au moment où je posais la toute première pierre de ce qui est, aujourd'hui, un édifice achevé.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xi
RÉSUMÉ.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	9
1.1 Définitions de notions et expressions.....	9
1.2 Avènement des programmes de planification familiale dans les pays du sud et au Bénin : historique, acteurs et enjeux	17
1.3 Fécondité dans les sociétés pré-transitionnelles : interprétation démographique	23
1.3.1 Interprétation économique de la fécondité.....	23
1.3.2 Interprétation de la fécondité à partir de ses déterminants proches.....	26
1.3.3 Fécondité vue sous l'angle des flux intergénérationnels des richesses	28
1.4 Le mariage au Bénin : la norme sociale de formation de famille et de procréation	31
1.5 Les inégalités et rapports sociaux entre les sexes et les dynamiques conjugales au Bénin	34
1.6 Le niveau de fécondité chez les Béninoises et les problèmes liés au faible usage de la contraception médicale dans les pays du sud et au Bénin	38
1.7 Perceptions de la contraception médicale, de l'avortement et de l'enfant	42
1.8 Les facteurs influençant l'utilisation de la contraception médicale chez les femmes mariées et les questions principales de recherche.....	46

CHAPITRE II	
CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE	53
2.1 Représentations sociales : bref historique de la résurgence d'une notion ancienne	56
2.2 Fondements épistémologiques des représentations sociales	59
2.2.1 Représentations sociales : définitions et fonctions sociales.....	59
2.2.2 Processus de formation et propriétés heuristiques des représentations sociales	67
2.2.3 Approches d'étude classiques des représentations sociales	71
2.3 Choix et justification des approches théoriques mobilisées dans cette thèse	71
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	76
3.1 Le devis de recherche.....	79
3.2 Les participants : le mode de recrutement et les critères d'inclusion et d'exclusion	80
3.3 La collecte de données : les instruments et procédés et les difficultés de terrain	86
3.3.1 L'entrevue semi-dirigée individuelle	87
3.3.2 Le journal d'enquête	90
3.3.3 Difficultés rencontrées pendant la collecte des données.....	91
3.4 Traitement et analyse des données	92
3.4.1 Les procédures de traitement des données	95
3.4.2 Modalités d'analyse des données	97
3.5 Considérations éthiques	100
CHAPITRE IV	
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	104
4.1 Description du corpus d'étude	105
4.1.1 Caractéristiques générales des participants.....	106
4.1.2 Caractéristiques spécifiques des participants	107
4.2 Vue d'ensemble du matériel discursif collecté auprès des répondants	124

4.3	Les éléments constitutifs et la structure de la représentation sociale de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement.....	129
4.3.1	Analyse de la structure de la représentation sociale de l'enfant	130
4.3.2	Analyse de la structure de la représentation sociale de la contraception médicale.....	136
4.3.3	Analyse de la structure de la représentation sociale de l'avortement	138
4.4	Vision générale de l'enfant et de ses fonctions sociales	141
4.4.1	La procréation, un tremplin menant vers la satisfaction des besoins d'appartenance et d'estime de soi des adultes	141
4.4.2	La procréation désirée aux fins de satisfaire les besoins vitaux, de sécurité et de protection pendant la vieillesse	157
4.5	Les portraits et les fonctions sociales spécifiques de l'enfant selon le sexe	161
4.5.1	Image de l'enfant de sexe féminin et les attentes sociales y relatives	161
4.5.2	Image de l'enfant de sexe masculin et les attentes y relatives.....	164
4.6	La parentalité : préoccupations et fonctions parentales	166
4.6.1	L'autre symbolique de l'enfant et les préoccupations parentales qui s'y associent.....	166
4.6.2	Les fonctions et rôles parentaux perçus par les répondants	171
4.7	L'image de la planification familiale et les facteurs influençant la négociation de la pratique contraceptive entre conjoints	181
4.7.1	La contraception médicale : son image et les motifs qui incitent ou limitent la négociation de son usage dans le couple	182
4.7.2	L'avortement : son image et son rapport aux valeurs traditionnelles des répondants.....	194
4.8	Ancrage sociologique des représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement	200
4.8.1	Ancrage sociologique de la représentation sociale de l'enfant.....	201

4.8.2	Ancrage sociologique de la représentation sociale de la contraception médicale.....	205
4.8.3	Ancrage sociologique de la représentation sociale de l'avortement.....	209
CHAPITRE V		
	INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	211
5.1	Le rapport des personnes mariées aux rôles parentaux et à l'enfant : un facteur prédisposant à la fécondité élevée au Bénin.....	211
5.1.1	La division sexuelle des rôles parentaux et ses ressorts natalistes chez les répondants	211
5.1.2	Les fonctions sociales de l'enfant et leurs potentielles implications dans la fécondité élevée dans le contexte béninois	215
5.2	La défiance de la planification familiale dans les couples mariés : une situation favorable aux grossesses nombreuses ou répétées au Bénin.....	224
5.3	Le rôle du genre et des rapports sociaux de sexe dans la négociation de l'usage contraceptif au sein du couple marié et son influence sur le comportement reproductif au Bénin	228
5.4	Les limites de la recherche et les pistes pour de futures recherches	232
	CONCLUSION	234
ANNEXE I		
	CARTE DU BENIN.....	239
ANNEXE II		
	AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNÉES DÉLIVRÉE PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ.....	241
ANNEXE III		
	CERTIFICAT DE FORMATION EN ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC LES ÊTRES HUMAINS (ÉNONCÉ DE POLITIQUE DES TROIS CONSEILS DE L'ASSISTANTE DE RECHERCHE).....	243
ANNEXE IV		
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE	244
ANNEXE V		
	QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	250
ANNEXE VI		
	GUIDE D'ENTRETIEN	253

ANNEXE VII	
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LES PROJETS ÉTUDIANTS IMPLIQUANT DES ÊTRES HUMAINS DE LA FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL	256
ANNEXE VIII	
ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ DE L'ASSISTANTE DE RECHERCHE QUI S'ENTRETENAIT AVEC LES RÉPONDANTS DE SEXE FÉMININ	258
REFERENCES.....	260

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
4.1 Répartition du discours en fonction des thèmes ou des catégories thématiques.....	128

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Pages
3.1 Caractéristiques sociodémographiques des répondants	84
4.1 Quelques caractéristiques sociodémographiques des répondants	122
4.2 Répartition du discours en fonction des thèmes ou des catégories thématiques.....	125
4.3 Nombre d'entrevues où apparaît l'énoncé d'une sous-catégorie thématique et nombre d'énoncés par sous-catégorie thématique ; représentation sociale de l'enfant.....	131
4.4 Fréquence des cooccurrences des sous-catégories thématiques et de fréquence des énoncés qui y sont codés ; représentation sociale de l'enfant.....	134
4.5 Nombre d'entrevues où apparaît l'énoncé d'une catégorie thématique et nombre d'énoncés par catégorie thématique. Représentation sociale de la contraception	136
4.6 Fréquence des cooccurrences des sous-catégories thématiques et la fréquence des énoncés des sous-catégories thématiques. Représentation sociale de la contraception	137
4.7 Nombre d'entrevues où apparaît l'énoncé d'une sous- catégorie thématique et nombre d'énoncés par sous-catégorie thématique ; représentation sociale de l'avortement.....	139
4.8 Fréquence des cooccurrences des sous-catégories thématiques et la fréquence des énoncés des sous-catégories thématiques ; représentation sociale de l'avortement.....	140

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
INSAE	Institut national de la statistique et de l'analyse économique
KAP	<i>Knowledge Attitude Practice</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour but de documenter les représentations sociales de l'enfant et de la planification familiale ainsi que les leviers et obstacles à la négociation de l'usage des contraceptifs médicaux auprès de femmes et d'hommes béninois mariés. Et ce, pour mieux comprendre la fécondité élevée au Bénin.

En effet, le Bénin connaît depuis plusieurs années une croissance démographique qui est déphasée par rapport à ses performances économiques. Cette situation pose des problèmes de pauvreté dans le pays. Dès lors, les pouvoirs publics font de la maîtrise de la démographie une priorité politique. D'ailleurs, le plan d'action budgétisé pour le repositionnement de la planification familiale 2014-2018 au Bénin repose sur la volonté politique de promouvoir une fécondité responsable et favorable à la lutte contre la pauvreté. Cependant, la contraception médicale est utilisée par une minorité de femmes et les personnes mariées manifestent une forte demande d'enfants. De plus, l'utilisation dérisoire de la contraception médicale est expliquée par l'opposition des couples mariés à la pratique et la peur des effets nocifs qui s'y associent. Quoique pertinentes, ces preuves restent insuffisantes pour appréhender tous les enjeux sociaux à l'œuvre dans la forte demande d'enfants et le rapport des personnes mariées à la contraception médicale. Considérant qu'actuellement le nombre idéal moyen d'enfants chez les femmes et les hommes béninois mariés soit respectivement de 5,4 et 7,8, on peut se demander pourquoi ceux-ci manifestent-ils un tel attrait pour l'enfant ?

D'autre part, on sait que les individus et les groupes portent en eux des savoirs de sens commun ou des représentations sociales qui guident leurs actions et échanges quotidiens. Ainsi, l'étude des représentations sociales facilite la compréhension du sens que les individus donnent à leurs comportements. Pour apporter un nouvel éclairage à la compréhension de la fécondité élevée chez les Béninois, nous avons étudié les représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement et les facteurs influençant la négociation de l'usage contraceptif dans le couple marié. Pour ce faire, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées individuelles auprès de trente femmes et hommes vivant en couple marié. Ces personnes instruites ou non sont recrutées en milieu rural et urbain dans des foyers monogames et polygames parmi les utilisateurs ou non de la contraception médicale et dans les trois grands courants religieux du pays c'est-à-dire le christianisme, l'animisme et l'islam. L'analyse de contenu thématique montre que l'enfant est désiré dans le contexte béninois pour satisfaire les besoins d'appartenance et d'estime de soi des adultes ainsi que les besoins vitaux, de protection et de sécurité des personnes âgées.

En termes précis, nous observons que le garçon incarne le pouvoir indispensable à la sécurité physique des parents âgés et l'espoir de perpétuer le patrimoine familial alors que la fille symbolise la figure humaniste utile à une vie digne des personnes âgées dans un contexte social où celles-ci ne constituent pas une priorité politique. Quant à la contraception médicale, elle est définie par ses nuisances et l'avortement représente chez les répondants, une inconduite délétère et potentiellement létale. La négociation de l'utilisation de la contraception médicale dans le couple marié est surtout déterminée par les enjeux contraceptifs perçus, les problèmes de ressources du ménage et l'attitude des conjoints envers la pratique. En termes de contribution scientifique et sociale, cette thèse montre que les préoccupations des Béninois relatives à l'enfant sont éloignées de celles de la « *propagande contraceptive* » qui met l'accent sur les avantages sanitaires et économiques immédiats de la pratique. Aussi, la thèse indique-t-elle des pistes de recherches susceptibles d'améliorer la compréhension des comportements contraceptifs des Béninoises mariées.

Mots clés : représentations sociales, personnes mariées, enfant, contraception, avortement, Bénin.

« Les représentations sociales fonctionnent pour une activité collective. Et leur pertinence pour le groupe social réside dans leurs contenus. Donc, une représentation sociale sans contenu constitue un oxymore » (Bauer et Gaskell, 1999, p. 175).

« Les représentations sociales sont une vision fonctionnelle du monde qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place » (Abric, 1994a, p. 13).

INTRODUCTION¹

La présente recherche porte sur les représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement auprès de femmes et d'hommes mariés au Bénin. En effet, elle contribue à la compréhension de la fécondité élevée chez les femmes béninoises mariées en s'appuyant sur le regard des personnes mariées sur l'enfant et les moyens de régulation des naissances tels que la contraception médicale et l'avortement. D'abord, clarifions l'expression fécondité élevée. Celle-ci est couramment utilisée dans la littérature. En 2001, 78% des pays en développement estimaient être confrontés à une fécondité trop élevée alors que la moitié des pays riches jugeaient la leur trop basse (INSPQ, 2019). Le Bénin affiche une fécondité dépassant la moyenne africaine et le double de la moyenne mondiale (Pison, 2019 ; INSAE, 2018). De plus, les pouvoirs publics s'en inquiètent et la jugent trop élevée (Gouvernement, 2010). D'où l'usage de l'expression « *fécondité élevée* » dans cette thèse. Il importe de faire cette mise au point parce qu'évoquer la fécondité élevée sous-tend légitimement des questionnements à propos de ce que devrait être une fécondité faible ou normale.

D'une superficie de 114 763 km², le Bénin est un pays d'Afrique de l'Ouest limité au Nord par le Niger, à l'Ouest par le Togo, au Nord-Ouest par le Burkina, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique. Sa capitale est Porto-Novo même si Cotonou en est la plus importante ville. Au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), le pays compte 10 008 749 d'habitants dont 51,2 % de femmes (INSAE, 2015a). De plus, l'Enquête Démographique et de Santé

¹ Pour éviter d'alourdir le texte, le masculin sera employé pour désigner de manière générale les participants des deux sexes.

(EDS)² réalisée en 2018 révèle que le nombre moyen d'enfants par femme est 5,7. Et la population s'accroît de 2,7 % par an (INSAE, 2015a) alors que la croissance économique ne suit pas le même rythme (Ahamidé et coll., 2015). Selon ceux-ci, malgré les récentes performances économiques du pays, le Produit Intérieur Brut (PIB)³ par habitant n'y a été multiplié que par 1,5 % au cours des 20 dernières années du fait du maintien d'une forte croissance démographique. Or le décalage entre les courbes de croissance démographique et économique pose des problèmes d'efficacité des politiques publiques et surtout de lutte contre la pauvreté (CIPD, 1994 ; Vimard, 2007). Par exemple, le Bénin se classe au 163^{ème} rang sur 189 pays en termes d'indice de développement humain (PNUD, 2018). Sa croissance économique ne permet pas de lutter efficacement contre la pauvreté et de réduire les inégalités sociales (UNICEF, 2016). Beaucoup de personnes, soit plus de 40 % y vivent la pauvreté globale⁴ (INSAE, 2015). Un examen approfondi y révèle une situation plus alarmante sur la pauvreté (PNUD, 2015). Cette dernière source indique que c'est six Bénéinois sur dix qui sont concernés par la pauvreté multidimensionnelle⁵ et chaque *pauvre* ne parvient pas à satisfaire en moyenne la moitié des besoins inclus dans l'analyse. Cependant, la population béninoise va continuer de croître en raison de la fécondité élevée avertit UNICEF (2016) avant d'indiquer que cette situation impliquera plus de défis en termes d'accès aux services sociaux tels que l'éducation, la santé, l'alimentation, le logement etc. Ces faits mettent en évidence les difficultés de lutte

² EDS : enquête organisée dans les pays du Sud pour analyser les données de population, de santé, du VIH-Sida et de l'alimentation, https://fr.wikipedia.org/wiki/Enquêtes_démographiques_et_de_santé, consulté en novembre 2019.

³ PIB : indicateur permettant de mesurer la performance de l'économie, <https://www.insae-bj.org/> consulté en novembre 2019.

⁴ L'indice de pauvreté globale est la proportion de personnes ou de ménages qui n'arrivent pas à couvrir leurs besoins alimentaires et non alimentaires représentés par le seuil de pauvreté, INSAE (2015, p. 17).

⁵ Selon Coudouel et coll. (2002, p. 7), « La pauvreté n'est pas seulement liée au manque de revenus ou de consommation, mais aussi à des performances insuffisantes en matière de santé, d'alimentation et d'alphabétisation, à des déficiences de relations sociales, à l'insécurité, à une faible estime de soi-même et à un sentiment d'impuissance ».

contre la pauvreté dans un contexte où la croissance démographique n'est pas maîtrisée. Pour cette raison, même si le débat portant sur l'utilisation des programmes de planification familiale à des fins de développement reste clivant (Guengant, 2007, Piché et Poirier, 1990), il n'en demeure pas moins que le contrôle des naissances s'avère un moyen efficace de lutte contre la pauvreté (Vimard et Fassassi, 2001). Dès lors, étant consciente que les questions de pauvreté et de population soient intimement liées, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement de Caire recommanda aux pouvoirs publics d'implanter des politiques de population favorables au développement (Nations Unies, 1995). En termes clairs, les gouvernants étaient invités à entreprendre des mesures permettant aux couples et surtout aux femmes de maîtriser leur fécondité afin de consacrer plus de temps au travail productif. D'ailleurs, la maîtrise de la fécondité libère les femmes des contraintes liées aux grossesses nombreuses et rapprochées et accélère leur autonomisation à travers la participation aux activités économiques (Ahamidé et coll., 2015). Ainsi, la Conférence de Caire recommanda aux décideurs publics d'investir dans la santé reproductive surtout dans la promotion des moyens contraceptifs pour permettre aux personnes intéressées d'y recourir à des fins de contrôle de fécondité. Depuis lors, la maîtrise de la croissance démographique au moyen d'une « politique de fécondité responsable » est devenue un enjeu majeur des stratégies de réduction de la pauvreté au Bénin (Gouvernement, 2010). Par exemple, dans le document portant Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 2011-2015), les pouvoirs publics envisageaient de baisser progressivement le nombre moyen d'enfants par femme de 5 à 3,9 aux alentours de 2027. Notons que cette volonté politique est matérialisée par la conception et la mise en œuvre du plan d'action budgétisé pour le repositionnement de la planification familiale 2014-2018 au Bénin (Ministère de la Santé, 2013). Aussi, faut-il dire que les résultats obtenus de la mise en œuvre de ce plan sont très modestes voire mitigés. Autrement dit, la révolution de la pratique contraceptive attendue du renforcement des activités de planification familiale n'a pas lieu dans le pays. Nous en voulons pour preuve que l'enquête

démographique et de santé (2018) révèle que ce soit 12 % des femmes de 15-49 ans vivant en union qui pratiquent une contraception moderne alors qu'elles étaient 8 % à le faire en 2012. Aussi, le nombre moyen d'enfants par femme est-il passé de 4,9 à 5,7 de 2012 à 2018 et 94 % des naissances intervenues au cours des 5 années précédant l'enquête sont-elles souhaitées. Ces faits traduisent une forte demande d'enfants chez les couples et les femmes béninoises mariées. Une telle attitude compromet la politique démographique du Gouvernement et les objectifs de lutte contre la pauvreté y relatifs.

Afin d'optimiser sa politique populationnelle, le Gouvernement gagnerait à comprendre ce que manifeste la forte demande d'enfants chez les Béninois. Cela est d'autant pertinent que Charton et coll. (2009, p. 211) mentionnent que « *le désir d'enfant relève d'un mécanisme complexe car l'on prête à l'enfant des fonctions différentes selon les sociétés, les individus et les situations de vie* ». C'est dire que la connaissance des fonctions de l'enfant dans un contexte de fécondité élevée reste un précieux instrument de politique visant à réduire les naissances. Pour cette raison, les démographes et les intervenants en santé reconnaissent depuis longtemps qu'il faut s'adosser à une meilleure compréhension du contexte socioculturel pour accroître le succès des programmes de planification familiale (Dehne, 2003).

Aussi, les prétentions des théories démographiques selon lesquelles l'éducation notamment celle des femmes constitue un boulevard conduisant à la baisse de fécondité ne se sont pas tout à fait avérées (Dufour, 2017). À ce sujet, l'auteure démontre que le lien entre éducation et fécondité peut être remis en cause par d'autres facteurs contextuels tels que la qualité et le nombre d'enfants désirés. De plus, d'autres études suggèrent qu'identifier la valeur de l'enfant c'est-à-dire ses rôles sociaux et culturels chez les parents et leur proposer des mesures alternatives ou compensatoires, permettrait de réduire efficacement le niveau de fécondité (Hoffman, 1975 ; Van Balen et Bos, 2009 ; Hoffman et coll., 1978).

Eu égard à ce qui précède, il importe d'appréhender la valeur de l'enfant chez les Béninois afin d'avoir une politique démographique efficace. La présente thèse tâche d'aller au-delà des certitudes actuelles qui relient la fécondité élevée observée au Bénin à la seule défiance des personnes mariées envers les contraceptifs médicaux. En effet, l'étude des facteurs influençant l'usage contraceptif est insuffisante pour comprendre la faible prévalence contraceptive dans un contexte de forte demande d'enfant. Autrement dit, la valeur ou les significations que les Béninois mariés donnent à l'enfant pourraient apporter un nouvel éclairage sur leur comportement contraceptif. Dès lors, nous avons questionné le sens que les femmes et les hommes mariés attribuent tant à l'enfant qu'à la contraception médicale et à l'avortement qui sont selon Bongaarts (1978), des déterminants proches de la fécondité.

Ce document qui rend compte de notre travail de recherche est divisé en cinq chapitres. À l'entame du premier chapitre, nous avons présenté des généralités sur la planification familiale assorties de définition des notions telles que la contraception, la santé de la reproduction et l'avortement. De plus, nous y avons évoqué l'historique des programmes de planification familiale dans les pays du Sud⁶, les acteurs impliqués, les idéologies qui les animent ainsi qu'un bref rappel de l'interprétation démographique de la fécondité dans les sociétés pré-transitionnelles⁷.

⁶ Pays du Sud : L'ensemble des pays qualifiés de pays les moins avancés et situés majoritairement au Sud des continents émergés. L'essentiel de ces pays se situent en Afrique subsaharienne. https://fr.wikipedia.org/wiki/Pays_du_Sud.

⁷ Sociétés pré-transitionnelles : la transition démographique étant considérée comme le passage d'un régime de fécondité élevée et de mortalité élevée à un régime de faible fécondité et de faible mortalité, le statut pré-transitionnel renvoie à l'état des sociétés caractérisées par une fécondité élevée et une mortalité élevée. Donc, l'expression « sociétés pré-transitionnelles » désigne dans ce travail, les pays ayant une fécondité élevée.

Le premier chapitre du document expose également la problématique de recherche. Il présente, dans un premier temps, des éléments permettant de mieux saisir le contexte socioculturel où s'effectue la recherche et met l'accent sur ses normes sociales de procréation, les inégalités de genre, les rapports sociaux de sexe et les dynamiques conjugales qui en découlent. Ensuite, il évoque le niveau de fécondité chez les femmes béninoises mariées assorti de la question initiale de recherche ainsi que les problèmes relatifs aux besoins non satisfaits en contraception médicale dans les pays en développement et au Bénin. Enfin, cette partie du document aborde les facteurs influençant la pratique contraceptive chez les femmes vivant en union avant de déboucher sur la question principale de recherche, les objectifs qu'elle vise et sa pertinence scientifique et sociale.

Le deuxième chapitre porte sur le cadre théorique de la recherche. Dans ce chapitre, nous avons clarifié les concepts centraux de l'étude pour assurer une meilleure lisibilité de nos méthodes de recherche. Plus précisément, nous y avons défini la notion de *discussion ou de négociation conjugale* ainsi que les termes *femme mariée* et *homme marié* tels qu'ils se conçoivent dans cette recherche. Aussi, la théorie des représentations sociales qui guide notre démarche de construction de savoirs a-t-elle été présentée et appuyée à titre illustratif de quelques travaux effectués sur la contraception médicale dans les pays en développement. Cette partie est bouclée par la présentation des questions spécifiques qui découlent de la principale question de recherche.

Le troisième chapitre du document expose la démarche méthodologique à même de nous amener à identifier les représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement ainsi que les facteurs incitatifs ou les obstacles à la négociation de l'usage contraceptif du couple marié. Dans cette partie, nous avons d'abord justifié le choix du devis qualitatif ainsi que les critères et les méthodes de recrutement des participants. Dans un second temps, la technique de collecte des données c'est-à-dire l'entrevue semi-dirigée individuelle a été présentée et motivée.

Ce chapitre est enfin clôturé par la présentation des modalités d'analyse des données et les considérations d'ordre éthique.

Le quatrième chapitre présente les résultats issus de l'analyse des entrevues semi-dirigées individuelles. Dans un premier temps, nous y avons présenté les caractéristiques générales et individuelles des participants. Ensuite, une vue d'ensemble des thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse a été exposée. Aussi, avons-nous précédé à l'analyse des fréquences et de cooccurrence pour identifier les opinions les plus significatives et illustratives des objets représentationnels étudiés. Enfin, nous avons décrit dans un élan restitutif les savoirs de sens commun partagé par les répondants au sujet de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement ainsi que les éléments qui nuisent ou favorisent la négociation de l'usage des contraceptifs médicaux dans le couple marié.

Le cinquième chapitre procède à un retour sur les résultats significatifs qui sont expliqués à l'aune des travaux disponibles. Dans cette partie, nous revenons à notre hypothèse et au cadre théorique qui porte la recherche. Au départ, nous postulons que la fécondité élevée des couples mariés est entretenue par les représentations sociales des époux au sujet de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement. Ainsi, nous avons montré en quoi les opinions des personnes mariées au sujet de ces objets représentationnels, des fonctions parentales et des facteurs influençant la négociation de l'usage contraceptif dans le couple marié apportent un nouvel éclairage à la problématique de la fécondité élevée au Bénin. Ce chapitre aborde aussi les limites de cette thèse et suggère de nouvelles pistes pour les futures recherches.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Ce travail de recherche qui vise la compréhension de la fécondité élevée au Bénin à partir des représentations sociales de l'enfant et de la planification familiale auprès des personnes mariées se déroule dans un contexte social et culturel particulier. Celui-ci est marqué par des dynamiques conjugales, des rapports et enjeux sociaux de sexe qui, comme dans toute société, structurent de manière particulière les comportements et résultats de fécondité. Avant d'aborder le contexte socioculturel du Bénin et ses implications avec la fécondité élevée, nous allons clarifier des notions clés telles que la planification familiale, la contraception médicale, l'avortement et la santé de la reproduction. Aussi, allons-nous présenter les fondements historiques de l'avènement des programmes de planification familiale dans les pays du Sud et au Bénin ainsi qu'un bref exposé de l'interprétation démographique de la fécondité élevée dans les pays en développement. Soulignons que l'explication de la fécondité dans les sociétés pré-transitionnelles eu égard aux théories de transition démographique⁸, pourrait être utile parce qu'elle permettrait de savoir si le cas béninois s'inscrit ou pas dans l'un des modèles explicatifs. Mais avant d'y revenir, nous allons procéder à la définition de certaines expressions qui sont souvent interchangeables dans la littérature alors qu'elles ne désignent pas tout à fait les mêmes choses.

⁸ Transition démographique : c'est le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-demographique/>, lien consulté en mai 2021.

1.1 Définitions de notions et expressions

Planification familiale

Avant de définir le terme « contraception médicale », nous allons dans un premier temps clarifier la notion de planification familiale. Dans le langage courant, les termes planification familiale et contraception sont interchangeables. Cependant, ces deux notions renvoient à des pratiques très différentes qu'il convient de nuancer. Selon le dictionnaire Le Petit Larousse (2015, p. 887), la planification familiale est « *l'ensemble des méthodes permettant aux parents de décider du nombre et de l'espacement des naissances* ». Pour sa part, l'Office québécois de la langue française (2000)⁹ définit la planification familiale comme « *l'utilisation des moyens et des méthodes qui permettent à un couple d'éviter une grossesse non désirée, de favoriser une naissance souhaitée, de déterminer le nombre des naissances et d'en choisir le moment* ». C'est dire que pour espacer ou limiter les naissances et de choisir le moment d'avoir les enfants, les couples recourent à certains moyens et méthodes. Or, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹⁰ souligne que les méthodes contraceptives médicales ou naturelles sont des moyens d'espacement ou de limitation des naissances. Ainsi, la contraception est un outil de la planification familiale. Ce qui marque une première différence entre les notions de planification familiale et de contraception. De plus, la planification familiale suppose une certaine envie d'avoir ou ne pas avoir d'enfant dans la mesure où planifier les naissances revient à déterminer le moment de la procréation et le nombre d'enfants (confère aide-mémoire de l'OMS dans la note de bas de page numéro 11). Soulignons que la

⁹ Source : Grand dictionnaire terminologique.

¹⁰ Aide-mémoire de l'OMS sur la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale.
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/fr/#:~:text=La%20planification%20familiale%20permet%20aux,et%20%C3%A0%20traiter%20l'inf%C3%A9condit%C3%A9.
[Lien consulté en mai 2021].

notion de désir d'enfant est déterminante pour expliciter la différence entre la planification familiale et la contraception. Par exemple, nombre de couples soignent l'infertilité aux fins de procréer. Ce faisant, ceux-ci expriment un désir d'enfant et essaient, par le fait même, de choisir le moment de l'avoir. Autrement dit, les couples infertiles qui recourent au traitement, planifient la naissance d'un enfant. Pour cette raison, le traitement de l'infertilité est au même titre que la contraception, un moyen de la planification des naissances (voir la note de bas de page numéro 11). Cette définition élargie de l'OMS qui inclut le traitement de l'infertilité à la planification familiale, s'aligne derrière les principes du plan d'action mondial adopté en 1994 à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Hodgson, 2009). Cette dernière fut une rencontre internationale qui réunit gouvernants, organismes multilatéraux et organisations de la société civile qui adoptèrent un plan d'action destiné à arrimer la démographie mondiale aux enjeux du développement économique et social des peuples. Aussi, la Conférence enjoignit-elle aux pouvoirs publics de ne promouvoir en aucun cas l'avortement provoqué¹¹ en tant que moyen de planification familiale mais de mettre plutôt l'accent sur la prévention des grossesses non désirées à travers la promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives par les personnes qui le souhaitent (Nations Unies, 1995). Cependant, il est recommandé aux gouvernants de mettre en place un système efficace de traitement des conséquences des avortements provoqués et clandestins.

L'attitude prudente de la Conférence sur l'utilisation de l'avortement comme moyen de planification familiale fut motivée par les réserves émises par les organisations religieuses représentées à la rencontre. Plus précisément, les conférenciers craignirent que les débats moralistes sur l'avortement aient remis en cause le consensus attendu sur le plan d'action devant consacrer la fin des travaux. Malgré cela, l'avortement est

¹¹ Avortement provoqué : Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

aujourd'hui une pratique largement répandue dans le monde. Quantité de gens y recourent de manière clandestine ou légale pour planifier les naissances. En 2018, Bearak et coll. soulignent qu'entre 2010 et 2014 près de la moitié des grossesses intervenues dans le monde ne sont pas planifiées. Aussi, plus de la moitié des dites grossesses sont-elles interrompues volontairement. Sur cette période, l'on évalue annuellement à 56 millions, le nombre d'avortements faits dans le monde (OMS, 2018). Toutefois, le recours à l'avortement à des fins de planification familiale n'est pas un phénomène nouveau. Depuis les temps immémoriaux, les sociétés humaines ont toujours accordé une attention particulière au contrôle de la fécondité. Par exemple, les Grecs anciens utilisèrent diverses stratégies à visée contraceptives telles que la magie, le coït anal, l'application des pommades sur le pénis etc. pour éviter les grossesses non souhaitées (Mc Laren, 1996). Ils n'hésitèrent pas à recourir à l'avortement, à l'infanticide et à l'abandon d'enfants pour avoir des familles moins nombreuses (Androutsos, 2002). Récemment, des études montrent que l'avortement contribue à la baisse de fécondité à Lomé et à Abidjan (N'Bouke et coll., 2012 ; Guillaume, 2006). Ces constats de recherche confirment les travaux de Bongaarts (1978) qui démontrèrent qu'entre autres déterminants, l'avortement ait joué un rôle important dans le déclin de la fécondité aux États-Unis et en Corée.

En résumé, planifier les naissances consiste à recourir à divers moyens et méthodes pour favoriser ou espacer les naissances souhaitées ou limiter le nombre d'enfants. Parmi ceux-ci, l'on peut compter la contraception, l'avortement et le traitement de l'infertilité. Donc, la planification familiale est le recours aux méthodes contraceptives, à l'avortement ou au traitement de l'infertilité par toute personne pour éviter une grossesse non désirée ou pour favoriser une naissance souhaitée. La planification familiale ainsi définie permet de bien cerner les notions de contraception et de santé de la reproduction que nous définirons de même que le terme avortement dans les lignes qui suivent.

Contraception médicale

D'abord, nous voulons faire une précision importante en ce qui concerne l'expression contraception dans ce travail de recherche. Dans cette thèse, le volet qui touche à la contraception concerne la contraception médicale.

Par contraception médicale, nous désignons l'ensemble des produits et procédés de la médecine dite moderne permettant d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée. Ainsi, la contraception médicale renvoie à ce qui est appelé contraception moderne dans la littérature scientifique. Nous préférons l'expression «contraception médicale» à la «contraception moderne» parce que celle-ci est inappropriée. On dit qu'une chose est moderne lorsqu'elle est récente ou actuelle c'est-à-dire à la mode. Cependant, les méthodes contraceptives dites modernes et traditionnelles coexistent jusqu'à ce jour. Elles sont toutes utilisées actuellement dans le monde. Donc, les deux méthodes sont à la mode et peuvent être qualifiées de moderne. Si le coït interrompu est classé dans les méthodes traditionnelles parce qu'il est une ancienne pratique; il faut souligner que la pilule contraceptive est découverte au milieu des années 50. Elle n'est donc pas si nouvelle. Pourtant en 2100, l'on pourrait continuer de la classer abusivement parmi les méthodes contraceptives supposément modernes. C'est dire qu'il n'existe en réalité que deux formes de contraception : les méthodes médicales et les méthodes naturelles. Les premières reposent sur le recours délibéré à un produit ou à un procédé artificiel pour empêcher ou limiter le risque de conception. Les méthodes naturelles renvoient à la continence périodique ou au coït interrompu. Brièvement, il faut garder à l'esprit que nous parlons de la contraception médicale partout où la contraception est évoquée dans ce document.

D'autre part, notons que nous privilégions la définition de la contraception proposée dans les dictionnaires par souci de clarté. Il est difficile de trouver dans la littérature scientifique une définition de la contraception médicale qui soit davantage explicite

que celles proposées par les dictionnaires. D'ailleurs, celles-ci reposent solidement sur les savoirs scientifiques et il n'est point nécessaire de recourir à des définitions de la littérature qui posent plus de problèmes qu'elles ne permettent de bien appréhender l'objet qui est défini. Par exemple, examinons la définition élaborée par Hubacher et Trussell (2015). Selon ces auteurs, la *contraception moderne* est un produit ou une procédure médicale qui interfèrent avec la reproduction issue d'actes sexuels. Il s'agit de la traduction libre du libellé ci-dessous.

We propose the following definition : Modern Contraceptive Method : A product or medical procedure that interferes with reproduction from acts of sexual intercourse (Hubacher et Trussell, 2015, p. 420).

Cette définition largement citée dans la littérature pose, à notre entendement, plusieurs problèmes. D'abord, les auteurs substituent le terme « reproduction » à la fécondation¹² qui n'en est qu'une étape. À notre avis, la reproduction est un processus plus long allant globalement de la fécondation à la naissance d'un enfant vivant et viable en passant par le développement du fœtus. Ainsi, Hubacher et Trussell (2015) laissent croire à travers leur définition que la contraception médicale peut perturber/empêcher la reproduction humaine à chacune des étapes énumérées ci-dessus. Or, il est évident que l'usage du préservatif, par exemple, ne peut pas empêcher une grossesse d'aboutir à une naissance. C'est dire que ce n'est pas la reproduction en tant que processus qui est entravée par la contraception médicale mais plutôt la fécondation qui en est la première étape.

Le second problème relatif à la définition de Hubacher et Trussell (2015) concerne la précision portant sur « les relations sexuelles ». On sait qu'il existe une autre

¹² Fécondation : stade de la reproduction sexuelle consistant en la fusion des gamètes mâle et femelle en une cellule unique [Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales]. Prenez note que la contraception médicale peut aussi empêcher la nidation c'est-à-dire l'implantation de l'œuf fécondé dans la muqueuse utérine [confère définition de la fécondation du grand dictionnaire terminologique].

alternative notamment la fécondation *in vitro* pour amorcer le processus de reproduction humaine. Cependant, la contraception n'a aucune place dans ce processus. Elle ne se conçoit que dans les relations hétérosexuelles pouvant déboucher sur une grossesse. Et l'on ne sait pas pourquoi il est important pour les auteurs de préciser que la contraception médicale est utilisée pour perturber la reproduction issue de relations sexuelles. Cette précision crée plus de problème qu'elle n'aide à comprendre la définition. Or, toute définition a vocation d'être suffisamment explicite dans un travail de recherche. Dès lors, il nous paraît plus pertinent et utile de partir des définitions de la contraception qui sont déjà plus ou moins explicites, les critiquer si besoin et proposer une définition qui traduit la manière dont il faut appréhender la contraception médicale dans ce travail. À ce propos, l'édition 2015 du dictionnaire Le Petit Larousse définit à la page 294, la contraception comme étant « l'ensemble des méthodes visant à réduire de façon réversible et temporaire la fécondation ». Dans la même perspective, l'Office québécois de la langue française (OQLF)¹³ apporte une nuance à la définition de la contraception en y excluant les formes chirurgicales notamment les stérilisations masculine et féminine. Selon la définition de l'OQLF, la contraception est « l'utilisation de procédés temporaires et réversibles visant à empêcher la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou s'il y a eu fécondation, la nidation de l'œuf fécondé. Les pratiques chirurgicales irréversibles comme la vasectomie et la ligature des trompes entrent dans le cadre de la stérilisation et non de la contraception ». Cependant, cette définition de la contraception pose un problème pour les raisons suivantes. D'abord, l'OMS inclut les méthodes chirurgicales dans les pratiques contraceptives. Ensuite, comme nous l'avons souligné plus haut, la contraception est un moyen de la planification familiale. Cela signifie qu'elle permet à la fois d'espacer les naissances que de les limiter c'est à dire les stopper.. Dès lors, les individus et les

¹³ Source : Grand dictionnaire terminologique.

couples qui souhaitent arrêter de procréer et désirant une méthode plus sûre et non hormonale peuvent recourir à la stérilisation masculine ou féminine. Pour cette raison, la contraception inclut sans doute les méthodes chirurgicales.

Au total, la contraception¹⁴ tout court renvoie à l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. Cette définition de l'OMS englobe les méthodes naturelles et médicales. La contraception médicale est alors l'usage de moyens médicaux ou artificiels permettant de diminuer la probabilité de conception ou de l'éviter.

Santé de la reproduction

Dans le plan d'action adopté à la quatrième conférence internationale sur la population et le développement, les experts ont défini la santé de la reproduction ainsi qu'il suit. Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne

¹⁴ Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) consultable sous le lien : <https://www.who.int/topics/contraception/fr/>.

santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles (Principe d'action 7.2, Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994).

En définitive, la santé de la reproduction est un terme générique qui englobe la santé maternelle et infantile, la prise en charge des infections transmises par le sexe et le sang y compris le VIH/SIDA, la planification familiale, les avortements ainsi que les soins post avortements et la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. En somme, la santé en matière de reproduction est le bien-être général associé à un usage sans danger de l'appareil génital à des fins de plaisir et de reproduction. Elle suppose une offre de services alliant respect des droits des individus et des couples et accès aux informations qui leur permettent d'atteindre leurs objectifs dans le domaine de la sexualité et de la reproduction.

Avortement

L'avortement est une notion générique qui désigne l'expulsion du produit de la conception avant un terme donné. Pour l'office québécois de la langue française¹⁵, l'avortement peut se définir comme « *l'expulsion spontanée ou provoquée du fœtus hors de l'utérus avant terme* ». Cependant, cette définition manque de précision dans la

¹⁵ Source : Grand dictionnaire terminologique.

mesure où un accouchement prématuré constitue aussi une expulsion du fœtus avant terme. Pourtant, cela n'est pas du tout un avortement. Pour cela, le ministère de la santé du Bénin (2011) apporte d'importantes précisions qui permettent de mieux cerner la notion d'avortement. Selon le groupe d'experts ayant élaboré le document de politique publié par le ministère béninois de la santé, l'avortement désigne classiquement l'expulsion du fœtus avant la 28^{ème} semaine d'aménorrhée. En revanche, une entrevue menée par Lévesque et Gonin (2018) sur l'état des lieux de l'accès à l'avortement au Québec laisse croire que le terme de la grossesse n'est pas un critère de définition de l'acte abortif qui peut se réaliser à tous les trimestres de celle-ci. Ce qui remet en cause la définition précédente de l'avortement qui encadre la pratique dans un intervalle temporel. On distingue deux types d'avortements : l'avortement spontané qui se déroule de manière physiologique et l'avortement provoqué qui implique l'intervention humaine (ministère de la santé du Bénin, 2011). Dans ce travail de recherche, le terme avortement que nous utilisons renvoie à ce que l'on appelle communément l'interruption volontaire de grossesse sans égard pour le terme de celle-ci.

Après avoir défini ces notions, nous allons maintenant présenter un bref historique de l'avènement de la contraception dite moderne ou médicale dans les pays du Sud et au Bénin.

1.2 Avènement des programmes de planification familiale dans les pays du sud et au Bénin : historique, acteurs et enjeux

Pour comprendre les succès et les échecs des programmes de planification familiale dans les pays du Sud, il faut les situer dans leur contexte historique. Donc, ce travail consacré à la compréhension des enjeux de fécondité au Bénin est bien indiqué pour ce préalable. En effet, le lancement des programmes de planification familiale dans les pays du Sud est marqué par une série de faits historiques qui suggèrent de la

retenue à propos des discours généreux associant la pratique contraceptive au développement économique et social des régions concernées. Situer l'histoire méridionale desdits programmes n'est pas superflu parce qu'avant son introduction dans les pays du Sud, la contraception médicale fut instrumentalisée à des fins eugénique et hégémonique par ses plus ardents propagateurs (Vézina, 2010).

Avant d'examiner son avènement dans les pays du Sud, il est utile de rappeler qu'historiquement, la planification familiale fut introduite pour la première fois au Danemark où les sages-femmes enseignèrent des pratiques contraceptives dans des centres médicaux¹⁶. Ce fut en 1878. D'après l'article d'Audibert intitulé « *Planning familial* » que nous avons consulté en ligne dans l'encyclopédie Universalis en mars 2017, l'expérience danoise créa des émules. L'auteure souligne qu'Américains et Anglais mirent en place leurs premiers centres de planification familiale respectivement en 1915 et en 1921. Puis grâce aux luttes féministes menées pour son acceptabilité sociale, la contraception gagne progressivement du terrain (More, 2004). Par ailleurs, l'auteure met l'accent sur l'histoire particulière de la France où la planification familiale n'a été universalisée que plus tard dans les années 1970. Cette situation est due à la crainte de dénatalité de la France dans sa rivalité avec l'Allemagne, d'une part; et à la position de l'Église catholique sur le sujet et surtout à la loi du 31 Juillet 1920 qui interdit la contraception et toute propagande anticonceptionnelle dans la France métropolitaine et ses ex-colonies, d'autre part.

Pour ce qui concerne le Bénin, la planification familiale fut lancée clandestinement en 1970 avant d'être reconnue officiellement par l'État en juillet 1972 (Courant de femmes, 2004). Cependant, la pratique contraceptive est restée illégale jusqu'à un

¹⁶ Source : document consulté en ligne en mars 2017 dans l'encyclopédie Universalis, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/planning-familial/>.

passé récent. La loi française de 1920 qui punissait de peine d'emprisonnement les personnes impliquées dans la contraception pendant la période coloniale, n'a été abrogée qu'en 2003 où la planification familiale devient un acte légal (Association des Femmes Juristes du Bénin, 2003). Malgré cela, les Occidentaux épaulés par des lobbies américains lancèrent dans le courant des années 50, les premiers programmes de planification dans plusieurs pays du Sud (Gautier, 2002). Eu égard à ces faits, on peut se demander pourquoi des pays occidentaux qui furent hostiles à la contraception au point de l'interdire jusque dans leurs ex-colonies en sont devenus subitement de vifs propagateurs dans les pays du Sud ?

Le lancement des programmes de planification familiale dans les pays du Sud est fondé sur la croyance occidentale en développement. Pour la première fois, l'idée de développement apparut dans le langage officiel, le 20 janvier 1944, lors du discours d'investiture du Président américain Harry Truman (Cliche, 2003, Payaud et coll., 2014). D'après ces derniers, à son investiture à la White House, Truman annonça au monde son intention de mettre les progrès scientifiques et technologiques de l'Occident au service de la civilisation des « régions sous-développées ». Ainsi, naquit en Occident, un nouveau cliché du reste du monde. Par l'entremise du Président Truman, les Occidentaux créèrent une nouvelle classe sociale : *les pays sous-développés* (Berr, 2006). C'est du concept de *sous-développement* que surgit l'idée du *développement*. Par conséquent, le *sous-développement* comme l'ironise Cliche (2003), n'est pas l'opposé du *développement* mais plutôt sa forme primitive et perfectible. Donc, on peut/doit provoquer le développement des civilisations présumées primitives ou des régions étiquetées *sous-développées*. Néanmoins, le concept de *sous-développement* a été fortement critiqué. Selon Partant (1983), le concept de *sous-développement* symbolise la manie des sociétés occidentales qui confondent différences culturelles et inégalités dans leur obsession de s'offrir au reste du monde comme étant le modèle universel de civilisation. L'auteur pousse loin son analyse, en voyant dans la notion de *sous-développement*, un changement de discours

sur les référents stéréotypés. Alors affirme-t-il « *les sauvages d'hier sont les sous-développés d'aujourd'hui, ceux qui, hier les civilisaient, les développent aujourd'hui* ». Dans la même veine, Latouche (1988, p. 56) aperçoit dans le clivage *développement/sous-développement*, un ensemble d'oppositions d'images de type : sauvage/civilisé, païen/chrétien, pauvre/riche etc. qui sont ancrées dans la mémoire collective des dominés et des dominants. Dans la foulée, avertit Gautier (2002), l'Organisation des Nations-Unies tourmentée par les vents d'indépendance qui agitèrent les ex-colonies surpeuplées surtout l'Inde britannique et l'Indonésie hollandaise, entérina l'idée de *sous-développement* que Tabah (1994) qualifie de concept *sans clarté ni élégance*. Malgré cette critique véhémement de la notion de *sous-développement*, celui-ci devient le leitmotiv des discours qui organisent les rapports entre l'Occident et le reste du monde.

Aussi, les velléités indépendantistes des ex-colonies, la rhétorique portant sur le concept de *sous-développement* et les premières données indiquant une forte croissance des populations des pays du Sud firent-elles naître chez les Occidentaux; la crainte d'une explosion démographique qui les conduisit à poser les *problèmes de développement* en termes démographiques (Gautier, 2002). Or, la peur d'une *déflagration démographique* reprenant les échos de la voix de Malthus¹⁷ qui y entrevit depuis le XVIII^{ème} siècle, un dénouement apocalyptique n'est pas tout-à-fait justifiée (Charton, 2013). Car les répercussions prédites sur l'économie et la société par ce que l'auteure qualifie de travaux de la *démographie apocalyptique*, sont sans cesse ajournées. De plus, l'auteure souligne que les travaux de la démographie alarmiste voire catastrophiste sont plus prégnants aux États-Unis qu'ailleurs. Ce constat donne du sens à l'engagement des lobbies et intérêts privés américains dans le

¹⁷ Malthus : Économiste anglais du XVII^{ème} siècle prônant un contrôle volontaire de la fécondité aux fins de l'adapter aux ressources disponibles sur la terre. Ceux qui partagent cette vision sont dits les néo-malthusiens.

financement des études fondatrices des programmes de planification familiale dans les pays du Sud (Gautier, 2002 ; Georges, 1975). Sous l'impulsion des financements et du leadership américains, une vaste étude dite enquêtes KAP¹⁸ fut menée sur les intentions de fécondité et les comportements contraceptifs dans les pays du Sud. Cependant, ces études qui portent sur les savoirs, les attitudes et les pratiques en matière de contraception et les préférences reproductives, étaient moins destinées à comprendre les comportements de fécondité que de recruter une clientèle pour les futurs programmes de planification familiale (Piché et Poirier, 1990). En d'autres mots, lesdites enquêtes identifiaient mécaniquement le gap entre la fécondité désirée et la fécondité réelle ainsi que les savoirs contraceptifs des femmes. Logiquement, les résultats des recherches confirmèrent les piètres savoirs contraceptifs des femmes et un gap positif en faveur du nombre d'enfants réellement faits. Ces deux constats c'est-à-dire la médiocre connaissance des moyens contraceptifs des femmes et le dépassement de la fécondité désirée furent interprétés comme des besoins non satisfaits¹⁹ en planification familiale (Mauldin, 1965). Aussi, selon celui-ci, les chercheurs conclurent-ils hâtivement qu'il suffit d'installer des programmes de planification familiale pour baisser la fécondité dans les régions concernées. Or les enquêtes KAP n'avaient pas sondé le désir des femmes de pratiquer la contraception (Hartmann, 1987). Autrement dit, les enquêtes KAP ne permirent pas de savoir si les femmes voulaient réellement utiliser les contraceptifs. Donc, la conclusion portant sur les besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes n'est rien de moins que le fruit de l'imagination des chercheurs. C'est pourquoi Piché et Poirier (1990) dénoncèrent une instrumentalisation des enquêtes KAP en soulignant que l'époque desdites études fut la plus pauvre et la plus idéologique de la démographie.

¹⁸ KAP: Knowledge, Attitude and Practice.

¹⁹ Besoins non satisfaits en planification familiale : Cette expression désigne les femmes fertiles et en couples qui ont des rapports sexuels le mois passé, qui souhaitent espacer ou limiter les naissances mais qui n'utilisent pas la contraception. Cette définition inclut les femmes enceintes dont la grossesse actuelle n'est pas souhaitée ainsi que les femmes dont le dernier enfant n'est pas planifié.

À l'époque et par plus qu'aujourd'hui d'ailleurs, les Occidentaux surtout les Américains soutinrent que la surpopulation est l'une des causes de la *pauvreté* et du *sous-développement* dans les pays du Sud et constitue une menace pour les économies des *pays riches* (Hartmann, 1987). Pourtant, il n'existe pas de relation entre le développement économique et la croissance démographique (Piché et Poirier, 1990). Cependant, d'autres auteurs mirent en évidence dès les années 2000, un lien entre le développement économique et la structure par âge de la population (Ndulu, 2006). À ce sujet, il faut préciser que le débat portant sur l'utilisation des politiques de contrôle des naissances à des fins de développement dans les pays du Sud fut particulièrement clivant (Guengant, 2007). D'après cet auteur, deux blocs idéologiques s'affrontèrent sur le sujet. D'un côté, se rangèrent les « *néo-malthusiens* »²⁰ qui soutirent qu'une politique volontariste de baisse des naissances boosterait la croissance économique. Et de l'autre, les « *développementalistes* »²¹ réfutèrent cette idée en soutenant que la baisse de fécondité devrait être une conséquence du développement économique d'où le slogan « *la meilleure pilule, c'est le développement* ». Pour leur part, Vimard et Fassassi (2011) apportent d'importants éléments d'éclaircissement sur la question. Selon ces chercheurs, la baisse de fécondité ne favoriserait le développement qu'à condition qu'elle intervienne dans un contexte de bonne gouvernance où la lutte contre la corruption appuie de vigoureux investissements dans les secteurs éducatifs, sanitaires, juridiques etc. Ainsi, ce raisonnement présume que la réduction des naissances attendue des programmes de planification familiale n'est qu'un préalable au fameux *développement*. Néanmoins, c'est aux fins de développement que les programmes de planification familiale furent implantés dans les pays dits sous-

²⁰ Défenseurs du principe de limitation volontaire des naissances pour améliorer les conditions humaines comme le suggéra Malthus.

²¹ Tenants du courant de pensée prônant le développement économique des pays du Sud par l'industrialisation à l'image de ce qui a été fait au Nord.

développés (Locoh et Yara, 2000). D'ailleurs, pour contraindre les pays du Sud à accepter l'idée de la politique de limitation des naissances, la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International se jetèrent dans la danse néomalthusienne. Ces institutions conditionnèrent l'accès aux prêts et autres financements desdits pays à la mise en place des programmes de planification familiale (Gautier, 2002). Et parallèlement, les occidentaux proposèrent de l'aide technique aux pays du Sud qui *voulurent* implanter des programmes de réduction des naissances (Georges, 1975). En somme, c'est dans ce contexte que les premiers programmes de planification familiale furent installés en Asie, en Afrique et en Amérique Latine.

Après avoir présenté cet aperçu de l'avènement de la contraception médicale dans les pays du Sud et des enjeux inhérents, nous allons aborder l'interprétation démographique de la fécondité dans les sociétés pré-transitionnelles.

1.3 Fécondité dans les sociétés pré-transitionnelles : interprétation démographique

Pendant longtemps, les démographes ont estimé que la compréhension du phénomène reproductif est essentielle pour planifier la vie sociale (Doliger, 2008). Ainsi, plusieurs auteurs ont théorisé la fécondité dans le but d'apporter un éclairage à la compréhension des comportements reproductifs dans le monde. Dans cette section, nous allons rappeler l'interprétation démographique de la fécondité dans les sociétés pré-transitionnelles. Cet exercice va s'inscrire dans le cadre plus large d'une analyse des théories de la transition démographique²² dont les modèles explicatifs dominants sont présentés ici.

²² La transition démographique désigne le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-demographique/>. Consulté en novembre 2020.

1.3.1 Interprétation économique de la fécondité

Selon Doliger (2008), la fécondité est influencée par des variables comportementales. Par conséquent, celui-ci estime que les théories économiques et sociologiques sont à même d'interpréter le fait reproductif. Aux dires de ce dernier, Becker et Easterlin sont les pionniers de l'analyse économique de la fécondité. En effet, ceux-ci reposent leur analyse sur le principe qu'il existe un lien entre le revenu et la fécondité. D'abord, c'est Becker (1960) qui amorce l'analyse en basant sa réflexion sur la théorie classique du consommateur. Cette théorie postule que tout consommateur d'un bien quelconque procède à un arbitrage entre le prix du bien, son revenu et ses préférences afin de maximiser sa satisfaction. Par conséquent, une augmentation du revenu tend à augmenter la consommation des biens normaux (Becker, 1960). En revanche, étant des biens particuliers nécessitant d'importants investissements pour des gains modestes, les enfants apparaissent moins attrayants en tant que *produits* de consommation (Becker, 1960; Praz et coll, 2011). De plus, Becker met en avant que le développement économique augmente le revenu mais aussi les coûts d'opportunité²³ des enfants et logiquement les couples recourent aux moyens de contrôle des naissances pour baisser la fécondité.

Pour sa part, Easterlin (1975) améliore son analyse de la fécondité après une première ébauche de l'explication de la transition démographique dans les années 60. Dans son modèle explicatif publié en 1975, l'auteur intègre dans son analyse, les variables telles que l'offre et la demande d'enfant ainsi que les coûts de régulation des naissances. Aux dires d'Easterlin (1975), l'offre d'enfant est le nombre d'enfants

²³ Coûts d'opportunité des enfants : Ce que les parents notamment les mères perdent en termes de gains salariaux pendant le temps consacré à l'entretien des enfants.

survivants qu'un couple pourrait avoir faute d'action délibérée de régulation des naissances. La demande d'enfant renvoie au nombre d'enfants survivants qu'un couple préférerait si les coûts de régulation des naissances lui paraissent acceptables. Quant aux coûts de régulation des naissances, ils correspondent aux coûts psychiques et aux coûts de marché c'est-à-dire le temps et les ressources financières liés à la pratique contraceptive. En outre, l'auteur estime que le recours à la contraception dépend de deux facteurs : la motivation et le coût de la pratique. Selon lui, la motivation est compromise au cas où l'offre d'enfant est inférieure à la demande. Par exemple, les couples infertiles qui n'ont pas atteint leur but reproductif recourent à l'adoption ou aux soins médicaux pour y parvenir. En revanche, ceux qui ont une offre excédentaire²⁴d'enfants sont davantage portés vers la pratique contraceptive. Aussi, Easterlin indique-t-il que quoiqu'importante, la motivation n'est pas suffisante pour pratiquer la contraception parce que celle-ci a un coût. Et lorsqu'on intègre ce paramètre dans l'analyse, seuls les couples ayant une offre excédentaire d'enfants et capables de s'acheter la contraception planifient les naissances. En revanche, les couples qui sont insolubles risquent d'avoir une famille de grande taille même s'ils sont motivés pour la contraception. Toutefois, Easterlin (1975) souligne une limite de ce modèle explicatif. Selon lui, ce modèle basé sur la demande d'enfant qui est intimement liée à une certaine culture de la planification familiale n'aiderait pas à comprendre les comportements reproductifs dans les régions où la contraception n'est pas ancrée dans les habitudes.

Au demeurant, les explications de Becker (1960) et d'Easterlin (1975) laissent croire que le désir d'enfant n'est pas inné. En d'autres mots, la reproduction constitue plutôt un phénomène assujéti aux dynamiques économiques dont elle n'est qu'une variable

²⁴ Offre excédentaire d'enfants : cette expression désigne ici la situation d'un couple qui dispose de tout son potentiel de fécondité naturelle.

d'ajustement. Si ce modèle explicatif est corroboré par quelques travaux tels que De Pierrepont et Lévy (2017) et Bernardi et coll (2014) où des non-parents par choix expliquent leur infécondité volontaire par le souci de préserver leur mode de vie actuel; il n'en demeure pas moins qu'aux dires de Doliger (2008), l'interprétation économique de la fécondité de Becker et d'Easterlin est largement remise en cause par des travaux empiriques. Soulignons, à ce sujet que des motivations non économiques sont toujours au cœur des pratiques de fécondité même dans des sociétés industrielles. Par exemple, Charton (2009) s'aperçoit qu'en France, certains parents définissent l'enfant comme un symbole d'affection conjugale, un moyen de conquête de pouvoir/statut social, d'élargissement de soi et de continuation lignagère. Ces constats de recherche mettent en évidence un aspect important de la fécondité notamment ce que Descarries et Corbel (1991) qualifient de dimension affective de la reproduction. Aspect qui est totalement occulté dans l'analyse économique de Becker et d'Easterlin.

Par ailleurs, contrairement aux modèles de Becker et d'Easterlin faisant de la rationalité économique, le fondement de la pratique contraceptive des couples et donc de la baisse de fécondité, d'autres auteurs soutiennent que le recours à la fécondité élevée constitue aussi une stratégie de mitigation des risques de vulnérabilité économique. Par exemple, les travaux de Caldwell (1978) montrant en Asie et en Afrique, le recours à la fécondité élevée pour renforcer la main d'œuvre infantile indispensable au développement des exploitations agricoles en sont une bonne preuve. En bref, il apparait que les logiques économiques conduisent aussi bien à la baisse qu'à la hausse de la fécondité. Ainsi, les modèles économiques ne suffisent pas pour expliquer les comportements reproductifs.

Pour suppléer l'insuffisance des modèles économiques, Bongaarts (1978) développe une autre explication fondée sur les déterminants proches de la fécondité.

1.3.2 Interprétation de la fécondité à partir de ses déterminants proches

Avant ce modèle explicatif, l'analyse de la fécondité était quasi-économique. Doliger (2008) parle même de la mainmise des théories économiques sur l'interprétation de la fécondité. Pourtant, l'explication du fait reproductif à l'aide des modèles économiques quoique séduisante en raison de la possibilité de repérer des facteurs susceptibles d'être manipulés dans les politiques publiques, n'est pas moins confuse (Bongaarts, 1978). Aux dires de Bongaarts, les liens supposés entre les variables des modèles économiques de la fécondité diffèrent souvent en grandeur et en sens dans des contextes et moments différents. Et ce dans la mesure où aucune variable économique n'agit directement sur les comportements reproductifs. Pour illustrer cela, l'auteur rappelle qu'une variable socio-économique comme le niveau d'instruction des femmes, est connue pour être négativement associée à la fécondité. Néanmoins, argumente-t-il, la relation entre la scolarisation des femmes et la famille de taille réduite chez les femmes instruites ne peut se comprendre que lorsqu'on explique que la scolarisation retarde le mariage chez ces femmes qui, du reste, pratiquent davantage la contraception. Pour cela, Bongaarts (1978) fonde son analyse sur un postulat avancé plus tôt par Davis et Blake (1956) qui supposent que les variables socio-économiques et culturelles n'agissent sur la fécondité qu'à travers les plus proches déterminants de celle-ci. Ainsi, Bongaarts (1978) élabore une analyse plus *réaliste* de la fécondité basée sur des variables intermédiaires émises par Davis et Blake (1956) c'est-à-dire le mariage, la fréquence de l'acte sexuel, la contraception, l'avortement etc. Pour ce faire, Bongaarts réduit à 8, les 11 variables intermédiaires de Davis et Blake avant de quantifier l'effet de chacune d'elles sur la fécondité en Corée et aux États-Unis. À terme, l'auteur s'aperçoit que la variation des facteurs tels que le mariage, la contraception, l'avortement et l'allaitement explique les écarts de fécondité entre les pays. Il en déduit que ces variables sont les principaux déterminants proches de la fécondité. De plus, il estime qu'une action délibérée sur ces

déterminants pourrait conduire à la baisse de la fécondité. D'ailleurs, il a été observé par exemple, que le recours à l'avortement ait joué un rôle essentiel dans le déclin de la fécondité dans certaines régions (Guillaume, 2003; Blayo, 1970). Néanmoins, les comportements reproductifs sont plus complexes. Ils ont un ancrage sociologique et ne peuvent pas être modifiés à souhait contrairement aux prétentions des propagandistes de la théorie de modernisation culturelle²⁵. Par exemple, au lieu d'utiliser la contraception médicale pour baisser la fécondité, les femmes vivant en milieu rural gambien recourent à cette pratique pour mieux espacer les naissances afin de réduire les risques de décès des nourrissons pour s'assurer à terme une descendance nombreuse et en bonne santé (Bledsoe, 2005). Aussi, l'auteure observe-t-elle que le recours à la contraception de limitation ne se fait que lorsque les femmes ont réalisé leur intention de fécondité. Ces constats affaiblissent la validité et la portée du modèle explicatif postulant une réduction des naissances par une action volontariste sur les déterminants proches de la fécondité.

Somme toute, l'explication des comportements reproductifs à partir des déterminants proches de la fécondité et des modèles économiques laisse encore un espace heuristique à explorer parce que ces modèles explicatifs ne rendent pas suffisamment compte des motivations du désir d'enfant notamment dans les sociétés pré-transitionnelles. Et cet état de choses n'est pas surprenant dans la mesure où la fécondité est analysée dans les modèles précédents comme un phénomène déconnecté ou peu ancré dans les contextes culturels et sociaux où elle intervient. Afin de reconnecter l'analyse de la fécondité aux réalités sociologiques où les couples ou les individus se reproduisent, Caldwell (1976) ouvre une nouvelle piste de réflexion qui

²⁵ La modernisation culturelle est une théorie popularisée par certains démographes comme Caldwell qui s'adosse au déterminisme culturel présupposant que le rapport à la fécondité reflète le système normatif des individus et des groupes. Ainsi, ils soutiennent que la modernisation des cultures des pays en développement à travers la diffusion des valeurs occidentales telles que la famille de petite taille, la planification familiale conduirait à la baisse de la fécondité dans les régions concernées. Quoique séduisante, cette idée demeure (mal)heureusement une utopie démographique notamment sur le Continent africain.

ambitionne d'expliquer les comportements reproductifs dans les sociétés pré-transitionnelles. Avec l'approche explicative dite des flux intergénérationnels des richesses, le chercheur repousse les limites établies par les modèles classiques et révèle la fécondité sous un jour nouveau qui traduit aux yeux de Leridon (2015), une subversion des modèles économiques. Mais qu'apporte réellement la théorie des flux intergénérationnels des richesses à l'analyse des comportements reproductifs ?

1.3.3 Fécondité vue sous l'angle des flux intergénérationnels des richesses

D'abord, il faut retenir qu'avant le modèle explicatif des flux intergénérationnels des richesses, la fécondité élevée est présentée comme un désavantage économique dans les théories classiques. Ce postulat pose un problème selon la théorie des flux des richesses entre les générations. Selon Caldwell (1976, 2005), contrairement aux prétentions²⁶ des modèles économiques, la reproduction humaine est une pratique rationnelle et réfléchie dans toutes les sociétés sans égard pour leur niveau de développement. Parce que dans les régimes de fécondité faible ou élevée, la reproduction sert toujours des intérêts économiques individuels, conjugaux ou familiaux à travers le transfert des richesses d'une génération à une autre (Caldwell, 1976). En termes clairs, Caldwell souligne que les richesses passent des parents aux enfants dans les sociétés modernes pour servir à les éduquer et à les entretenir sans que les adultes en attendent une rétribution monétaire ultérieure. En revanche, poursuit l'auteur, les jeunes adultes et les enfants des sociétés traditionnelles contribuent aux ressources familiales. Pour cela, Caldwell postule dans la théorie des

²⁶ Selon l'explication des modèles économiques, un choix économique rationnel devrait conduire directement à la baisse de la fécondité en raison des coûts d'opportunité des enfants. Or des études montrent qu'une logique strictement économique incite également à la fécondité élevée dans certaines régions.

flux intergénérationnels des richesses que la fécondité élevée ne traduit pas de manière systématique un désavantage y compris sur le plan strictement économique. Parce que le recours à la famille nombreuse peut constituer aussi un choix rationnel pour plusieurs raisons (Caldwell, 2005). Selon lui, les sociétés traditionnelles surtout agricoles sont caractérisées par le transfert des richesses des enfants vers les parents en raison de la valeur du travail des enfants et de l'assurance qu'ils représentent pour leurs géniteurs à la vieillesse. À ce sujet, l'auteur estime qu'en milieu paysan, le travail des enfants non scolarisés dans les fermes familiales permet de couvrir leurs besoins et de dégager des excédents de production pour d'autres membres de la famille tels que les personnes âgées (Caldwell, 1976). Mais selon Caldwell, Mueller remet en cause cette thèse en 1976 en démontrant que de la naissance au mariage, les enfants travailleurs des régions agraires ont tendance à consommer plus qu'ils ne produisent. Néanmoins, Caldwell (2005) relativise ces résultats contradictoires en rappelant qu'ils portent sur des données limitées et d'ailleurs sur des tâches de nature commerciale. L'auteur va plus loin en renforçant sa posture par d'autres études menées après celle de Mueller surtout les travaux de Cain (1977) et Caldwell et Coll (1984) au Bangladesh, Nag et Coll (1978) en Indonésie et au Népal, Clay et Vander Haar (1993) au Rwanda etc. qui confirment qu'en milieu agricole, le travail des enfants profitent réellement aux adultes. Ce qui pourrait justifier le désir d'une famille de grande taille pour en tirer les avantages associés. Notons également que dans certaines zones agricoles surtout d'économie de plantation, des familles consacrent des investissements conséquents à la scolarisation d'un grand nombre d'enfants afin de favoriser l'insertion de certains d'entre eux dans les secteurs d'activités modernes dont les structures d'État (Vimard et Fassassi, 2007). Ces derniers estiment qu'une telle pratique entretient également la fécondité élevée même si celle-ci vise des buts socio-économiques différents de la constitution d'une main d'œuvre pour les exploitations familiales.

Par ailleurs, soulignons que beaucoup d'autres facteurs culturels sont à l'œuvre dans la fécondité des sociétés pré-transitionnelles notamment en Afrique subsaharienne. C'est ainsi que même dans les groupes socio-professionnels où les flux des richesses ne vont pas des enfants aux parents; une fois adultes, les premiers deviennent une sorte d'assurance des vieux jours des seconds (Caldwell, 2005). Aussi, des facteurs religieux et moraux tels que le culte des ancêtres enjoignent-ils un comportement pronatalistes notamment en Afrique subsaharienne où les vivants sont perçus comme des maillons de l'ininterminable chaîne familiale qui court des ancêtres à la postérité (Vimard et Fassassi, 2007).

En définitive, il faut garder à l'esprit que la fécondité des sociétés pré-transitionnelles *« ne peut pas résulter seulement d'un bas niveau de développement, d'alphabétisation et d'espérance de vie mais doit être davantage relié à une forme d'organisation sociale qui a conféré jusqu'à récemment, une sécurité physique et un avantage politique et économique aux communautés démographiquement fortes »* (Cleland et Wilson, 1987) repris par Vimard et Fassassi (2007, p : 6). Et parlant justement de type d'organisation sociale, nous allons décrire le contexte socioculturel dans lequel les couples béninois se forment, évoluent et se reproduisent. Disons que cette recherche est réalisée dans un contexte socioculturel marqué par des dynamiques conjugales et des rapports sociaux de sexe qui influencent particulièrement les comportements de fécondité des couples. Pour cette raison, nous présentons d'abord, les caractéristiques des structures familiales béninoises dans lesquelles se jouent les enjeux reproductifs assorties des interactions conjugales et des rapports sociaux de sexe et de genre.

1.4 Le mariage au Bénin : la norme sociale de formation de famille et de procréation

Selon Lesthaeghe et coll. (1989), le régime matrimonial africain a été marqué pendant longtemps par des mariages précoces des femmes et tardifs des hommes, la pratique de la polygamie, le désintérêt pour le célibat définitif etc. Cependant, au cours des dernières décennies, on assiste en Afrique à une importante mutation de l'institution matrimoniale (Adjamagbo et coll., 2014). D'après les auteurs, ce changement touche non seulement à l'agenda mais aussi aux modalités de mise en couple et se manifeste, entre autres, par le recul de l'âge au premier mariage, des unions arrangées et l'assouplissement des formalités d'entrée en union. C'est ainsi qu'on observe actuellement dans les régions africaines des pratiques matrimoniales variées et des modèles de mariages allant de l'union libre aux formes codifiées telles que les mariages religieux, civils ou coutumiers (Marcoux et Antoine, 2014). Néanmoins, les auteurs y remarquent qu'en dépit de l'évolution des mœurs nuptiales, les formes codifiées d'union sont toujours respectées en milieu rural et urbain où l'on se marie difficilement sans le consentement des parents ou des aînés. Et cette situation est due au fait que dans beaucoup de régions africaines, le mariage unit des familles à travers les époux (Hertrich, 1996). Autrement dit, le mariage est d'abord *une affaire de familles* avant d'être celle des conjoints. Au-delà des personnes engagées dans le mariage, ce sont des familles qui s'unissent par ce lien matrimonial. Cette caractéristique du mariage africain est d'autant importante qu'elle affecte souvent les dynamiques conjugales en ce qui concerne les choix et les comportements reproductifs.

Pour ce qui concerne le Bénin, l'âge médian d'entrée en première union est de 19 ans chez les femmes de 25-49 ans et de 25 ans chez les hommes de 30-49 ans (INSAE,

2018)²⁷. En d'autres mots, 31 % des femmes de 20-24 ans ont déjà contracté une première union en atteignant les 18 ans exacts contre 5 % des hommes de la même tranche d'âge. Donc, les femmes entrent plus vite en mariage que les hommes malgré le recul de l'âge d'entrée en première union de part et d'autre, renseigne l'enquête démographique et de santé de 2018. De plus, l'enquête montre que plusieurs types de couples se côtoient au Bénin. On distingue les couples mariés de manière formelle c'est-à-dire selon la coutume, la religion ou à l'état civil et ceux qui vivent en union libre. Toutefois, le mariage coutumier²⁸ reste majoritaire dans le pays où il représente plus de la moitié des unions formelles à Cotonou alors que les couples qui contractent soit le mariage civil, ou soit le mariage religieux, ou soit les deux combinés ne représentent qu'un quart des couples (Adjamagbo et coll., 2014). L'attrait pour le mariage traditionnel a été déjà révélé par Donadjè (1992) qui estime que 55 % des unions de Cotonou et régions environnantes reposent sur le droit coutumier. Aussi, les auteurs constatent qu'une petite minorité de gens sont concernées par le mariage polygame à Cotonou, le plus grand centre urbain du pays. Mais malgré le recul de la pratique polygamique notamment en milieu urbain, ce type d'union concerne toujours une bonne proportion de personnes (INSAE, 2018). Selon cette dernière, 22 % des hommes et 38 % des femmes de 15-49 ans en union sont concernés par ce type de mariage.

Aussi, l'enquête démographique et de santé de 2018 montre-t-elle que 70 % des femmes âgées de 15-49 ans sont en union, 24 % sont célibataires tandis que 4 % d'entre elles sont en rupture d'union. Dans la même tranche d'âge, l'on dénombre chez les hommes 41 % de célibataires en raison du mariage tardif concernant cette

²⁷ EDS : enquête organisée dans les pays du Sud pour analyser les données de population, de santé, du VIH-Sida et de l'alimentation, https://fr.wikipedia.org/wiki/Enquêtes_démographiques_et_de_santé.

²⁸ Mariage formellement célébré selon la culture et les traditions familiales ou claniques locales. Il est à distinguer du mariage religieux qui est célébré selon les rites religieux catholiques, protestants ou islamiques.

catégorie de population. Ceux qui sont en couple et en rupture d'union sont estimés respectivement à 55 % et 3 %. Ces données suggèrent que le célibat est un style de vie marginal chez les Béninois ayant atteint l'âge nubile. Aussi, les divorces sont-ils marginaux au Bénin. Le faible taux de rupture d'union est confirmé par Clark et Brauner-Otto (2015) qui mettent en évidence que contrairement à leurs hypothèses de recherche, 33 pays d'Afrique subsaharienne dont le Bénin sont moins touchés par la rupture d'union. Aux dires des chercheurs, c'est environ *un* couple béninois sur *dix* qui se sépare pendant les 20 premières années de mariage alors que le phénomène touche près de la moitié des couples en République de Congo, au Libéria et en République Centrafricaine. De plus, la proportion de célibataires s'amenuise rapidement avec l'âge et devient marginale dans la tranche d'âge de 30-34 ans chez les femmes et 35-39 ans chez les hommes (INSAE, 2018). Selon celle-ci, le taux de célibat qui est de 81 % chez les femmes de 15-19 ans passe à 1 % chez les 45-49 ans. De même, le taux de célibat passe de 99 % chez les hommes de 15-19 ans à 1 % chez ceux de 45-49 ans. Il apparaît à l'aune de ces données que le célibat définitif est un fait exceptionnel au Bénin où la vie de couple est une pratique quasi-universelle.

D'autre part, dans la société béninoise, la reproduction n'est socialement acceptée que dans le cadre d'une union formelle c'est-à-dire au terme du mariage religieux, civil ou coutumier (Donadjè, 1992). Selon cet auteur, la reproduction est le principal but du mariage cité par la majorité des hommes en union. Aussi rejettent-ils généralement l'idée de faire avec leurs conjointes un quelconque compromis sur le nombre d'enfants que le couple peut avoir. À l'instar de Bledsoe (2005) en milieu rural gambien, les hommes béninois confièrent à Donadjè (1992), leur intention d'engendrer autant d'enfants que Dieu leur en donne la possibilité. Pour plus de 75 % d'entre eux, l'avis de la conjointe est superflu en ce qui regarde le nombre d'enfants dans un couple. Cette posture des hommes laisse supposer qu'ils ont le pouvoir exclusif de décider de la taille familiale. Or, les femmes désirent moins d'enfants que leurs conjoints dans les pays en développement (Bankole et Singh, 1998). C'est la

situation du Bénin où le nombre moyen d'enfants désiré est de 5 pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans contre 7 chez les hommes de la même tranche d'âge (INSAE, 2018). Ce dissensus sur le nombre idéal d'enfants entre les femmes et les hommes dans un contexte où les derniers détiennent le pouvoir de décider de la taille familiale, manifeste une dynamique conjugale empreinte de rapports sociaux de sexe inégalitaires. Afin de mieux contextualiser le cadre social et culturel où s'organisent les stratégies reproductives au Bénin, nous allons présenter les rapports genrés qui y ont cours et leurs influences sur les dynamiques conjugales.

1.5 Les inégalités et rapports sociaux entre les sexes et les dynamiques conjugales au Bénin

D'abord, il faut noter que la société béninoise est très inégalitaire entre femme et homme. Une étude menée sur les conditions de vie et d'existence des familles montre que 77,6 % des ménages²⁹ sont dirigés par des hommes (INSAE, 2015). Aussi, l'étude révèle-t-elle que les 22,4 % de femmes chefs de ménage; le sont dans des conditions exceptionnelles. En fait, elles dirigent leurs ménages en tant que veuves, divorcées, premières épouses d'hommes polygames qui les abandonnent au profit de leurs jeunes coépouses ou dans les cas d'invalidité ou d'immigration du conjoint. Sur le plan de l'insertion professionnelle, les hommes représentent 76 % des personnes salariées du secteur moderne³⁰ (INSAE, 2013). Ce qui contribue à la prégnance de la pauvreté globale dans les ménages dirigés par les femmes que dans ceux dirigés par les hommes (INSAE, 2015). Concernant la vie conjugale, l'INSAE (2011) souligne que 86 % des femmes mariées vivent en milieu rural et 71 % de celles qui vivent en

²⁹ Groupe de personnes apparentées ou non qui vivent ensemble, partagent leurs ressources et leurs dépenses et reconnaissent l'autorité d'une personne appelée chef de ménage INSAE (2015, p. 10).

³⁰ Secteur moderne : secteur d'activité dont les salariés bénéficient des mesures de protection sociale telles que les allocations familiales, la retraite, l'assurance maladie etc... (INSAE, 2011).

milieu urbain justifient leur inactivité³¹ par le statut de mère au foyer. Aussi, évoquent-elles le défaut de contraception et de services de garde d'enfants comme étant des freins à leur autonomie financière (INSAE, 2013). Sur le plan du pouvoir décisionnel, seules 36 % des femmes mariées participent aux décisions importantes dans leurs ménages (INSAE, 2018). Celle-ci rapporte qu'entre conjoints, l'inégalité est criante quand il s'agit de décider par rapport à sa propre santé. Presque tous les hommes en union, soit 97 % se reconnaissent le pouvoir de décider tout seul en dernier ressort pour leur propre santé contre seulement 12 % des femmes. Cette incapacité des femmes mariées de décider tout seules au sujet de leur propre santé pourrait expliquer les difficultés d'accès à la contraception de certaines d'entre elles.

Aussi, les inégalités entre homme et femme béninois se manifestent également par la faible représentation des femmes dans la sphère publique. Quoique majoritaire à 51,2 % dans l'effectif de la population béninoise (INSAE, 2015a), les femmes ne représentent que 21 %³² des ministres du premier gouvernement du second mandat du Président Patrice Talon. En 2021, il n'y a que 3 femmes dans les fonctions de maires sur les 77 élus sur le plan national³³. Dans la 8^{ème} législature, les femmes représentent 7% des députés, situation faisant du Bénin, un des pays du monde où les femmes sont moins présentes dans le débat public³⁴. En bref, le Bénin est un pays où les rapports sociaux de sexes sont très déséquilibrés en défaveur des femmes.

³¹ Absence d'activité génératrice de revenus (INSAE, 2011).

³² Liste des membres du Gouvernement du Bénin publié en mai 2021, <https://www.gouv.bj/membres/>, lien consulté en juin 2021.

³³ Article de journal évoquant la représentativité des femmes dans les administrations locales, <https://www.fraternitebj.info/politique/article/communales-et-municipales-de-mai-2020-le-positionnement-des-femmes-preoccupe>, lien consulté en mai 2021.,

³⁴ Représentativité des femmes au parlement en mai 2021, <http://news.acotonou.com/h/117952.html>, lien consulté en mai 2021.

Par ailleurs, il importe de rappeler que ces inégalités de rapports sociaux de sexes ont prospéré sur un substrat idéologique sexospécifique. En effet, la société traditionnelle béninoise est organisée autour des rapports gérontocratiques, hiérarchiques et patriarcaux entre les classes d'âge, entre les notables et les gens moins élevées en dignité, entre les hommes et les femmes etc. (Fourn, 2011). Dès lors, les jeunes et les femmes sont censés se soumettre aux aînés surtout de sexe masculin. Ceux-ci sont dépositaires de l'autorité et garantissent le respect de l'ordre social et familial établi (Houngbédji, 1967). Selon Fourn (2011), cette organisation sociale structure profondément les rapports entre l'homme et la femme. Celle-ci est considérée comme une *étrangère* dans sa belle-famille où son pouvoir de décision est très limité car elle ne doit pas prendre des initiatives sans l'aval de son mari. De plus, l'auteure met en lumière une division sexuelle du travail symbolisée par des allégories qui font une démarcation nette entre les sphères d'influence sociale de chaque sexe. Par exemple, chez les « Fon », l'ethnie majoritaire du pays, la femme est appelée « *Gnon nu Xuessi* » qui signifie l'être domestique tandis que l'homme est appelé « *Sunnu Glégénu* » c'est-à-dire l'être de la sphère publique. Cette dichotomie de l'environnement social qui fixe la femme dans le cadre domestique et renvoie l'homme à la sphère publique, est socialement signifiante. Chez les « Fon », Houéto (1975) renseigne que la femme ou le « *Mèdjito* » c'est-à-dire celle qui donne la vie a un rôle intérieur, maternel et conjugal. Pour cette raison, la maternité est la principale tâche sociale qui définit l'identité féminine au Bénin (Gogan, 2012). De même, Agueh (2000) estime que la reproduction est la *fonction supérieure* de la femme dans la pensée collective béninoise. Ainsi, bien que les Béninoises travaillent de plus en plus en dehors du cercle familial, celles-ci gardent toujours leur rôle domestique et consacrent une importante partie de leur temps aux tâches liées à la maternité (Lagacé, 2007). De plus, les rôles associés au statut de mère et d'épouse dans l'institution matrimoniale expliquent également cette situation chez les Africaines qui passent l'essentiel de leur vie féconde en couple (Hertrich, 2007). En plus de la maternité, informe Lagacé (2007), les tâches ménagères incombent entièrement à la femme dans

la culture béninoise. Néanmoins, une minorité d'hommes faite de jeunes mariés s'impliquent dans des tâches domestiques à Cotonou (Kpadonou et coll., 2015). Celles-ci portent, pour l'essentiel, sur l'encadrement des enfants aux devoirs scolaires. Aussi, rapportent-ils que le niveau d'études des conjoints n'induit pas une distribution équitable des travaux ménagers. En règle générale, au Bénin, il est socialement prescrit aux femmes, tout statut social confondu, les travaux domestiques et les soins aux enfants (Adjamagbo et coll., 2016). Ainsi, l'organisation sociale de type patriarcal régule les dynamiques conjugales et crée une relation de subordination de la femme mariée à l'égard de son conjoint. Et l'aspect institutionnel du mariage où la femme est socialement enjointe de s'y affirmer par la maternité, légitime ce lien de subordination. C'est pour cela que les femmes stériles, divorcées et les nubiles célibataires souffrent d'une sorte de rejet social au Bénin (Lagacé, 2007).

Au total, les pressions conformistes du système culturel et politique du Bénin obligent la femme à une triple exigence sociale : respecter l'ordre du système patriarcal et par ricochet le conjoint ; mener une vie conjugale et s'acquitter surtout du devoir de procréer. Ainsi, avant sa mise en couple, les attentes sociales axées sur ces *valeurs* prédisposent déjà la femme à une relation conjugale déséquilibrée. Il faut souligner également que les enjeux procréatifs et les dynamiques conjugales sous-jacentes sont au croisement des exigences sociales et des désirs personnels des conjoints. À ce sujet, Hertrich (2007) rappelle qu'en Afrique, c'est le mariage qui valide socialement la vie sexuelle de l'individu et correspond au tremplin menant vers la reproduction dans l'entendement de la société. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'en milieu togolais, les pressions familiales conduisent à des ruptures de mariage en cas d'infécondité (Locoh et Thiriat, 1995). Ce lien établi entre le mariage et la reproduction est également très fort au Bénin où l'enfant est au cœur de l'institution matrimoniale (Donadjè, 1992). C'est dans ce contexte d'inégalité des rapports sociaux de sexe où les couples reçoivent des injonctions pour se reproduire que

naissent et se réalisent les désirs de fécondité dont nous allons parler dans la section suivante.

1.6 Le niveau de fécondité chez les Béninoises et les problèmes liés au faible usage de la contraception médicale dans les pays du sud et au Bénin

Selon la dernière enquête démographique et de santé (2018), le nombre moyen d'enfants par femme béninoise est 5,7. Cette fécondité dépasse le double de la moyenne mondiale estimée à 2,4 enfants par femme (Pison, 2019). Pour ce qui concerne le nombre idéal d'enfants, les Béninois désirent plus d'enfants que leurs conjointes (INSAE, 2018). En termes clairs, celle-ci met en évidence que chez les personnes mariées, le nombre moyen idéal d'enfants est 5,4 chez les femmes et 7,8 chez les hommes. Aussi, la fécondité réelle dépasse-t-elle celle désirée chez toutes les catégories de femmes. C'est dire que les femmes font plus d'enfants qu'elles n'en veulent quel que soit leur statut social. Plus précisément, la fécondité réelle comparée à la fécondité désirée est de 6,4/5,4 chez les femmes sans instruction ; 5,4/4,7 chez les femmes de niveau primaire ; 4,5/4,0 chez les femmes de niveau secondaire ; et de 3,6/3,3 chez celles qui ont fait l'université (INSAE, 2018). Au-delà de tous ces constats, les auteurs observent également que 97 % des naissances intervenues chez les enquêtés au cours des cinq années précédant l'étude sont désirées. Au regard de ces observations, nous postulons que les Béninois vivant en couple marié désirent et font un grand nombre d'enfants. Cette situation nous conduit à la question initiale de recherche suivante :

• **Pourquoi les Béninois mariés désirent et font-ils autant d'enfants ?**

Pour répondre à cette question, il faut comprendre la valeur que les personnes mariées accordent à l'enfant ainsi que leur rapport à la contraception médicale et à l'avortement qui sont les moyens classiques de planification familiale.

Selon Starrs et coll. (2018), 214 millions de femmes 15-49 ans souhaitent limiter ou espacer les naissances sans pouvoir pratiquer la contraception médicale pour diverses raisons dans les pays en développement. De plus, l'Institut Guttmacher (2017) indique que la proportion de femmes présentant des besoins non satisfaits³⁵ en contraception médicale est plus élevée en Afrique subsaharienne c'est-à-dire 21 % même si en valeur absolue le plus grand nombre desdites femmes se trouvent en Asie de Sud. Au total, ce sont 40 % de femmes en union de 15-49 ans qui pratiquent la contraception dans les pays du Sud (Nations Unies, 2015). En Afrique au sud du Sahara, la proportion des femmes utilisatrices vivant en union s'évalue à 33 % (Sedgh et Hussain, 2014).

Au Bénin, l'enquête démographique et de santé (2018) indique que la demande totale en contraception médicale s'élève à 48 % chez les femmes en union de 15-49 ans. Cependant, elles ne sont que 12 % à utiliser les contraceptifs médicaux et 36 % d'entre elles ont des besoins non satisfaits. Chez les femmes en union, les besoins non satisfaits en contraception médicale sont essentiellement justifiés par la peur des effets secondaires et l'opposition à la pratique (Chae et coll., 2015). En revanche, ces derniers s'aperçoivent que les femmes célibataires pratiquent trois fois plus la contraception médicale que celles qui sont mariées. Ce qui présume que la pratique contraceptive est compromise par la vie de couple marié au Bénin.

D'autre part, notons que les produits hormonaux constituent la pratique contraceptive dominante au Bénin (INSAE, 2017). Les implants (48%) et les injectables (37%) en sont les principales composantes (Bagnan et Coll, 2017). Globalement, l'utilisation des contraceptifs médicaux est faible en Afrique au Sud du Sahara et notamment chez

³⁵ Proportion de femmes 15-49 ans, fécondes qui ne désirent pas une grossesse dans les deux prochaines années ou plus du tout et ne n'utilisant aucune contraception moderne. Cela inclut les femmes dont la grossesse actuelle ou la dernière naissance ne sont pas souhaitées (Bradley et coll., 2012).

les femmes béninoises vivant en couple marié. Or la faible utilisation de la contraception médicale s'associe à d'énormes problèmes sociaux et sanitaires.

En effet, il faut souligner qu'au Bénin, la grossesse est encore une cause majeure de décès des femmes. En 2017, on estime à 1600, le nombre de décès maternels survenus dans le pays (Nations Unies, 2017). D'après celles-ci, ce nombre correspond à 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes tandis que le taux moyen mondial est 211 décès pour 100 000 naissances vivantes. Néanmoins, la plupart des décès maternels sont évitables si les besoins non satisfaits en contraception médicale sont comblés (Barot, 2008; Saïzonou et Coll, 2014). Pire, une proportion relativement importante des desdits décès c'est-à-dire 15 % sont dus aux avortements non sécurisés (Avonnon et Bulthuis, 2018). Pour sa part, le ministère de la santé (2011) précise que l'avortement est la troisième cause de décès maternel au Bénin. Et pour cause ! En 2006, Akouegninou observe que 96 % des grossesses non souhaitées des jeunes filles scolarisées dans la ville de Cotonou, sont interrompues dans des conditions précaires notamment dans la clandestinité. Cette situation est due à la désapprobation sociale de l'avortement et surtout à la criminalisation de la pratique abortive. En effet, la loi n° 2003-4³⁶ du 03 mars relative à la santé sexuelle et reproductive en République du Bénin encadre les conditions d'accès à l'avortement. Selon cette loi, l'acte abortif est autorisé sur prescription médicale au cas où la poursuite de la grossesse menace la vie ou lorsque la femme en fait la demande parce que sa grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste ou lorsqu'une affection d'une extrême gravité est diagnostiquée chez le fœtus.

³⁶ Loi portant santé sexuelle et reproductive en République du Bénin, <https://stage.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Loi-n%C2%B0-2003-04-du-03-Mars-2003-Relative-a%CC%80-la-Sante%CC%81-Sexuelle-et-a%CC%80-la-Reproduction.-Be%CC%81nin.pdf>, lien récupéré en octobre 2019.

Sur le plan de la lutte contre la pauvreté et la croissance économique, l'accroissement incontrôlé de la population lié à la faible utilisation des contraceptifs, induit également des effets négatifs. Ainsi, la fécondité élevée et les dépenses y relatives ne favorisent pas une lutte efficace contre la pauvreté dans les pays du Sud (Vimard, 2007). Dans la même veine, Ndulu (2006) démontre que durant la période 1960-2005, l'Afrique a été moins performante que le reste des *régions en développement* en termes de croissance économique parce que son poids démographique compromet son potentiel d'épargne et donc d'investissement.

Aussi, faut-il mentionner que le déficit de contrôle des naissances contribue également au déséquilibre du pouvoir entre les sexes. Dans ce registre, Barot (2008) souligne que 8 à 25 % des jeunes africaines abandonnent l'école chaque année à cause des grossesses non souhaitées. Ce départ précoce de l'école affaiblit sans doute le statut social de la femme et creuse les inégalités entre les sexes. Par exemple, Nerlander et coll. (2015) rapportent que la grossesse précoce affecte durablement la vie des femmes qui en font l'expérience. Cette thèse est étayée par Gibb et coll. (2014) qui démontrent que des Néo-Zélandaises ayant accouché avant l'âge de 20 ans ont vécu de grandes difficultés économiques qui ont persisté pendant longtemps en termes de gains salariaux dérisoires et de dépendance à l'aide sociale. Des constats analogues ont été faits en Chili où les grossesses adolescentes sont associées à de piètres résultats scolaires nuisant plus tard à la vie professionnelle des femmes (Berthelon et coll., 2017).

De toute évidence, la grossesse précoce conduit à une éducation limitée et à un faible statut socio-économique des femmes dans le monde (Pradhan et coll., 2015). Eu égard à toutes ces observations de recherche, on peut affirmer que l'insuffisance de contrôle des grossesses conduit à d'énormes problèmes socio-économiques et sanitaires dans nombre de pays où les perceptions des personnes mariées à l'égard de

l'enfant et de la planification familiale pourraient justifier leur rapport à ces objets sociaux.

1.7 Perceptions de la contraception médicale, de l'avortement et de l'enfant

L'exploitation des résultats de recherche d'Alspaugh et Coll (2020) et d'autres auteurs nous a conduit à classer sur les perceptions et les croyances à l'égard de la contraception médicale en plusieurs catégories déterminant les attitudes des personnes enquêtées à divers endroits dans le monde. D'abord, la contraception médicale est perçue comme étant un outil efficace de contrôle de la reproduction c'est-à-dire d'espacement ou de limitation des naissances et de promotion de la santé surtout des femmes et des enfants (Jones et coll, 2016; Bledsoe, 2005; Okwor et Olaseha, 2010; Godfrey et coll, 2011; Kakaiya et Coll, 2017; Kouamé et coll, 2001). Cependant, d'autres auteurs ont identifié chez des populations des opinions associant la contraception médicale à base d'hormone aux risques de santé et à la dégradation du potentiel reproductif de la femme (Sundstrom et Coll, 2015; Neustadt et coll, 2011; Daniels et coll, 2013; Gueye et coll., 2015; Cover et coll., 2013). Aussi, faut-il souligner qu'au-delà des craintes liées à la santé qu'elle suscite dans les recherches, la contraception médicale notamment les contraceptifs d'urgence apparaissent aux yeux de certains hommes comme étant un instrument de perversion sociale capable d'affaiblir l'autorité masculine avec la perte de contrôle de la sexualité de leurs épouses qui pourraient avoir des relations sexuelles extra-conjugales (Teixeira et coll, 2012; Withers et coll, 2015; Okwor et Olaseha, 2010). Sur une autre note, des répondants constitués essentiellement de femmes associent la contraception médicale à un instrument permettant la maîtrise ou le contrôle de la vie pour réaliser des projets majeurs tels que compléter une formation ou poursuivre une carrière (Leyser-Whalen et Berenson, 2013; Neustadt et Coll, 2011).

Quant à l'enfant, les perceptions que les adultes en ont, varie d'une région à une autre. Il faut souligner que l'enfant n'a pas souvent été l'objet d'une grande préoccupation de recherche dans toutes les régions. Par exemple, très peu de recherches ont exploré les motivations du désir d'enfant sur le continent africain (Dyer, 2007) comme c'est le cas de la contraception et dans une certaine mesure de l'avortement. Pourtant, van Balen et Trimbos-Kemper (1995) cités dans l'étude de Dyer (2007), estiment que les éléments tels que le bonheur, le bien-être, la parentalité, l'identité, la continuité et le contrôle social sont les motifs du désir d'enfant dans le monde. C'est ainsi que dans le contexte occidental, Charton et Lévy (2017, p. 15) recensent globalement trois perceptions de l'enfant. Selon eux, le désir d'enfant manifeste en Occident les trois principaux axes suivants :

« [...] 1) l'axe de la transmission, où l'enfant se présente comme le garant de la continuité du groupe ; 2) l'axe de l'alliance, où il symbolise la relation affective et « créative » du couple et où l'enfant peut aussi se présenter en don pour un tiers aimé ; 3) l'axe existentiel, où il est vécu comme permettant l'élargissement de son « soi » à une identité plus large.

Des études réalisées dans d'autres régions du monde complètent ces perceptions de l'enfant. Par exemple, en Afrique subsaharienne et précisément au Bénin, l'expression « *adi vi wè gni lé* » définit littéralement l'enfant comme étant une richesse chez les Fon³⁷ (Hounyoton, 2009). De plus, les travaux réalisés en 1990 par Tingbé-Azalou et cités par Sodjiedo (1996, p. 13), renseignent que l'enfant représente « *l'espoir pour la vieillesse et une valeur fondamentale de prestige qui confère bonheur et honneur dans la société béninoise* ». Pour sa part, Dyer (2007) fait remarquer que dans les sociétés africaines, l'enfant noue des liens conjugaux, offre une sécurité sociale, confère un statut social, assiste au travail, garantit les droits de propriété et de succession, assure la continuité et le maintien du lignage et comble les

³⁷ Plus important groupe ethnolinguistique du Bénin. Il habite principalement la partie méridionale du pays [https://fr.wikipedia.org/wiki/Fon_\(peuple\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Fon_(peuple)), lien consulté en novembre 2019.

besoins affectifs contrairement à ce qu'on observe dans les sociétés occidentales où le bonheur et le bien-être personnels sont les principaux motifs de la parentalité. Pour cela, l'auteure conclut que le désir d'enfant porte des racines plus profondes et nombreuses en Afrique qu'en Occident. Dans la zone asiatique, des Chinois confient à Shek (1996) que l'enfant contribue au développement des relations conjugales, au bonheur des couples et à la plénitude de la famille. En outre, selon Pashigian (2002) et Wiersema et coll (2006), l'enfant est d'une valeur capitale chez les Vietnamiens dont les vieux jours en dépendent et l'infertilité est un problème très grave menaçant l'unité conjugale et le lien entre les vivants et les ancêtres. Au Bangladesh, l'infertilité débouche sur la stigmatisation sociale qui touche gravement les femmes (Papreen et Coll, 2000). À ce propos, une recherche comparative entre des femmes koweïtiennes infécondes et fécondes montre une psychopathologie plus importante faite d'hypertension artérielle, d'hostilité, d'anxiété, de dépression, de culpabilité et d'idéation suicidaire chez les premières (Fido et Zahid, 2004). Toutes choses donnant raison à Erny (1987) qui soulignent que les significations de l'enfant varient d'une civilisation à l'autre et qu'il importe de les connaître dans une société donnée avant d'appréhender les attitudes de celle-ci au sujet de la reproduction.

L'avortement quant à lui fait également l'objet de plusieurs images et perceptions dans les travaux de recherche. Il constitue un droit humain fondamental pour contrôler les naissances c'est-à-dire un outil de planification familiale selon Umuhoza (2014) qui s'offusque des peines privatives de liberté punissant cet acte au Rwanda ayant fait des avancées rarement égalées³⁸ en termes d'égalité entre les sexes. Néanmoins, une étude réalisée dans ce pays montre que des femmes mariées très

³⁸ Le parlement rwandais occupe le premier rang mondial en termes de représentativité des femmes. Celles-ci représentent en 2019, 64% des sièges au Parlement du pays. https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/rwanda/rwanda-le-parlement-qui-compte-le-plus-de-femmes-au-monde_3066547.html, lien consulté en novembre 2019.

éduquées rejettent dans leur grande majorité l'avortement en tant que droit et l'associent à la mort, aux hémorragies, aux infections et à la dépression post-abortive (Sibomana et coll., 2013). Au Brésil, des femmes ayant recouru à l'avortement le décrivent à Pérez (2013) comme un crime et un péché associé aux effets tels que la douleur, le regret, la tristesse, la culpabilité et la mort. Plus loin, des Sud-Coréennes ayant fait l'expérience de l'avortement clandestin rapportent des moments de grandes souffrances physiques et psychologiques succédées par un sentiment de culpabilité à l'égard du fœtus (Hyunah, 2017). Toujours dans les régions en développement, Rossier (2006) observe qu'en raison de la désapprobation de l'avortement dans les représentations locales, les grossesses provenant des relations sexuelles illégitimes sont avortées clandestinement au Burkina. Cela laisse croire que l'avortement est plus associé à des images négatives dans ce pays. D'ailleurs, le souci de sauver la vie de la femme demeure le seul motif de recours à l'avortement qui fait consensus dans le monde (Guillaume et Rossier, 2018). Pour ce qui est du contexte occidental, celles-ci indiquent que 70% des pays jouissent d'une législation libérale en matière d'avortement. Cependant, la lecture de Daigle (2011) de la situation canadienne laisse croire que l'avortement perçu comme un droit fondamental des femmes fait en réalité l'objet d'une représentation contrastée en raison de la polarisation des postures pro et anti-avortement dans le contexte occidental. L'expérience du Québec doté d'une des plus libérales législations d'avortement en Occident est suffisamment éloquente. Dans la province francophone du Canada, l'offre des services d'avortement n'est pas toujours équitable envers toutes les femmes qui décident d'y recourir. En effet, ce sont des comités d'éthiques de certains hôpitaux québécois qui choisissent qui peut avoir ou non un avortement au deuxième et au troisième trimestre de grossesse (Lévesque et Gonin, 2018) alors que la loi ne fait pas cette distinction. Ce refus d'accès à l'avortement fondé sur des arguments relatifs au terme de la grossesse se base sur une représentation négative de l'avortement tardif chez certains médecins. Cette dualité qui caractérise la symbolique de l'avortement perçu à la fois comme un droit humain et un acte immoral ou perturbant la conscience, traduit les représentations sociales de

la pratique abortive dans la plupart des régions du monde. Pourtant, la contraception médicale a montré ses preuves dans la réduction des grossesses non désirées même si l'appropriation de cette technologie par les femmes mariées est influencée par beaucoup de facteurs.

1.8 Les facteurs influençant l'utilisation de la contraception médicale chez les femmes mariées et les questions principales de recherche

La pratique contraceptive relève essentiellement de la vie privée. Cependant, elle est très influencée par le contexte social, culturel et politique où vivent les individus qui utilisent les contraceptifs (Sedgh et coll., 2007). Par exemple, Barbieri et Hertrich (2005) indiquent qu'en Afrique, l'âge d'entrée en union influence l'usage des contraceptifs médicaux chez les femmes. À ce sujet, les auteurs soulignent que l'écart d'âge entre les conjoints africains est plus grand que partout ailleurs car les femmes entrent en union précocement alors que leurs partenaires masculins le font tardivement. De plus, aux dires des auteurs, les femmes mariées à des hommes plus âgés pratiquent moins la contraception que celles qui sont plus proches de leurs époux par l'âge et le niveau d'instruction parce qu'un grand écart d'âge entre époux compromet la capacité de négociation de la femme en matière de contraception et de fécondité. Ce constat de recherche est corrélé par les travaux de Dereuddre et coll. (2016) qui montrent que l'équilibre de pouvoir entre les conjoints est associé à une plus grande probabilité d'utilisation des contraceptifs médicaux par les femmes en Europe. Ainsi, le rapport de pouvoir intraconjugal détermine les comportements de fécondité. D'autre part, les recherches menées en Côte d'Ivoire par Adjamagbo et Guillaume (2001) confirment l'influence de la dynamique du couple sur l'usage contraceptif. En termes précis, celles-ci découvrent que la totalité des femmes recrutées dans leur enquête sont totalement démunies dans le domaine de prise de décision en matière de fécondité. Toutes s'en remettent au désir de fécondité de leurs conjoints. Or ces hommes sont des natalistes qui s'étonnent que les chercheuses ne tiennent pas pour

acquis le pouvoir incontesté de l'homme en matière de choix reproductif dans le ménage. Une des causes de la situation, soulignent-elles, est qu'en milieu rural ivoirien, les hommes jouent un rôle majeur dans la prise de décision reproductive parce qu'ils contrôlent les productions familiales et pourvoient aux dépenses des ménages dont celles des soins de santé et de régulation des naissances. Dans d'autres pays africains, Bajos et coll. mettent en évidence en 2013 que le primat du plaisir sexuel masculin, le véto social sur la sexualité hors mariage et les pressions sociales enjoignant aux jeunes couples de procréer sont autant d'éléments culturels qui compromettent l'utilisation de la contraception médicale chez les femmes. Dans la même veine, Gribaldo et coll. (2009) font remarquer que les femmes italiennes vivant en couple marié sont culturellement plus portées vers l'utilisation de la contraception naturelle que celle dite moderne. Pour sa part, Dehne (2013) rapporte que des femmes vivant dans une zone musulmane au Nord du Burkina sont à risque de grossesse rapprochée car leurs maris s'opposent à la contraception alors que les chefs religieux enjoignent aux couples de respecter le principe coranique prescrivant la reprise de l'activité sexuelle dès le 40^{ième} jour après l'accouchement. Le phénomène décrit par l'auteur précédent n'est pas un fait isolé au Burkina. À Ouagadougou, l'attitude des hommes et les usages des centres de santé font courir le même risque à d'autres femmes. À ce propos, il est observé à Ouagadougou que les agents de certains centres de santé exigent un test de confirmation de l'absence de grossesse aux femmes ayant une aménorrhée du post partum avant de leur délivrer la contraception (Rossier et Hellen, 2014). Cette pratique, concluent les auteures, expose les femmes au risque de grossesse imprévue en raison du coût relativement élevé du test de grossesse et du refus des conjoints de se protéger pendant l'acte sexuel. Aussi, chez les Béninoises, le statut matrimonial semble-t-il jouer un rôle majeur dans le recours des femmes aux contraceptifs parce que les femmes célibataires pratiquent plus la contraception que celles qui sont mariées (Chae et coll., 2015).

Au-delà de ce qui précède, d'autres facteurs influencent aussi les comportements contraceptifs des femmes. Au Népal, bien que les services de santé reproductive soient plus fréquentés par les femmes instruites, c'est surtout le nombre d'enfants vivants qui détermine la pratique contraceptive des femmes (Liu et coll., 2016). Plus que le niveau d'instruction et le nombre d'enfants, c'est la prise conjointe des décisions de fécondité qui justifie l'usage des contraceptifs médicaux à longue durée d'action chez certaines Éthiopiennes (Alemu et coll., 2015). Au Pakistan, des hommes rejettent le préservatif et la vasectomie parce que les croyances et mythes populaires relient ces méthodes à l'impuissance sexuelle masculine (Nishtar et coll., 2003).

Somme toute, les facteurs influençant la pratique contraceptive médicale sont très bien documentés. On note une abondante littérature où le niveau d'instruction, le lieu de résidence, les tabous sexuels, les croyances religieuses, les préférences reproductives etc. déterminent l'usage contraceptif des femmes. Aussi, sait-on que les femmes ayant une autonomie financière utilisent mieux la contraception médicale que celles qui sont défavorisées économiquement (Do et Kurimoto, 2012). C'est d'ailleurs pour cette raison que la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire suggère particulièrement la mise en œuvre des politiques d'autonomisation féminine pour renforcer l'utilisation des contraceptifs chez les femmes (Nations Unies, 1995). Néanmoins, plusieurs études réalisées après la Conférence du Caire mettent en lumière que l'autonomie financière des femmes n'est pas suffisante pour accroître la pratique contraceptive dans les pays du Sud. À ce sujet, une vaste enquête menée dans certaines régions pakistanaïses montre que lorsque les variables sociodémographiques y compris le statut socio-économique des femmes sont contrôlées, la décision conjointe du couple est le déterminant le plus prédictif de la pratique contraceptive (Hameed et coll., 2014). D'autres études soulignent explicitement que la discussion conjugale de l'usage de la contraception médicale facilite l'utilisation des contraceptifs chez les femmes des pays en

développement. Avant d'évoquer quelques-unes de ces études, il faut retenir que l'expression discussion conjugale met en jeu deux notions qu'il faut distinguer à savoir le substantif « discussion » et l'adjectif « conjugal » qui le qualifie. Ce dernier renvoie aux termes époux, couple et mariage. Ainsi, la discussion conjugale se réfère à une négociation, un échange entre époux à propos d'un sujet donné. Néanmoins, il faut aussi distinguer la discussion conjugale de la communication conjugale qui sont deux expressions ne pouvant se substituer l'une à l'autre. Soulignons que la communication conjugale est plus subtile parce qu'on peut communiquer sans discuter dans la mesure où selon (Watzlawick et coll., 1972), l'essentiel de la communication humaine est non verbal. En conséquence, à notre avis, l'interchangeabilité des expressions *discussion conjugale* et *communication conjugale* qu'on observe dans les travaux de recherche portant sur les dynamiques conjugales autour des enjeux contraceptifs traduit moins une distinction terminologique qu'une solution pratique à une difficulté conceptuelle. Ainsi, les deux expressions désignent dans le cas d'espèce, le dialogue ou les échanges des époux sur la contraception médicale. À ce propos, Irani et coll. (2014) mettent en lumière que les couples qui discutent de la contraception en pratiquent trois fois plus que ceux qui n'en parlent pas du tout. Ce constat de recherche est corroboré par Cox et coll. (2013) qui observent que la communication constructive des hommes mariés est la seule variable positivement associée avec l'utilisation des méthodes contraceptives évidentes et discrètes³⁹ chez des femmes au Ghana. Ces résultats suggèrent que la négociation de l'usage contraceptif dans le couple marié est essentielle pour renforcer la pratique chez les femmes dans les pays en développement. Pourtant au Bénin, les femmes et les hommes mariés discutent très peu de la contraception en couple. Selon l'enquête

³⁹ Méthode contraceptive évidente : méthode qu'une personne ne peut pas utiliser à l'insu de son partenaire sexuel. Exemple : le préservatif.
Méthode contraceptive discrète : méthode qu'une femme peut utiliser à l'insu de son partenaire sexuel. Exemple : les contraceptifs injectables.

démographique et de santé réalisée en 2012, plus de 90 % des femmes de 15-49 ans en union sont informées de la contraception médicale. Toutefois, au cours des derniers mois précédant l'enquête, seules 14 % en ont discutée avec une autre personne. Et parmi celles qui en ont parlée, moins de 25 % l'ont fait directement avec leurs maris alors qu'elles font plus d'enfants qu'elles n'en désirent. De plus, bien que l'avortement ne soit pas une pratique libérale au Bénin, les femmes célibataires y recourent pour mettre un terme aux grossesses non désirées (Ezin, 2016). En revanche, les femmes béninoises vivant en couple marié qui utilisent très peu les contraceptifs ont aussi tendance à moins recourir à l'avortement en cas de grossesse imprévue et dépassent leurs propres intentions de fécondité.

Cette attitude des Béninoises mariées est surprenante et mérite d'être analysée pour appréhender les logiques à l'œuvre dans le dépassement généralisé de leurs intentions de fécondité et le désir persistant de la famille nombreuse chez les personnes mariées. Pour comprendre le phénomène de fécondité élevée au Bénin notamment les raisons sous-tendant le désir de famille nombreuse chez les personnes vivant en couple marié, nous supposons que leur rapport à la reproduction est lié à leur vision de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement. Ainsi, nous décidons d'étudier chez les femmes et les hommes béninois mariés, les représentations sociales⁴⁰ de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement parce que Moscovici (1961) met en lumière que les individus portent en eux des savoirs de sens communs ou une « vision du monde » qui prescrivent leurs comportements à l'égard des objets sociaux. En termes clairs, les comportements des individus et des groupes sont influencés par leurs représentations des objets sociaux (Abric, 1994a ; Doise, 1989 ; Moscovici,

⁴⁰ Forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et, concourant à la construction d'une réalité commune à un environnement social (Jodelet, 2003, p. 53).

1990). Pour cela, l'étude des représentations sociales permet d'accéder au sens que les individus ou les groupes attribuent à leurs comportements (Abric, 1994a).

Pour documenter les représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement chez les Béninois vivant en couple marié afin de comprendre la manière dont celles-là régulent leur rapport à la reproduction, d'une part, et identifier les facteurs qui influencent la négociation de l'utilisation des contraceptifs médicaux entre conjoints béninois, d'autre part, nous répondrons aux questions de recherche suivantes :

- En quoi consistent les représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement auprès des femmes et des hommes béninois mariés et qu'apprend-on de leur positionnement par rapport à la planification familiale eu égard à leurs représentations sociales de l'enfant ?
- Quelle théorie de la transition démographique traduit-elle les comportements de fécondité des personnes enquêtées et quel enseignement peut-on retenir de leur perception des coûts de l'enfant au regard de la théorie de *compromis quantité-qualité*⁴¹ ?
- Quels sont les éléments qui influencent la négociation de l'usage contraceptif dans le couple béninois marié ?

⁴¹ La théorie quantité-qualité (quantity-quality) trade-off est un modèle explicatif du comportement reproductif qui présuppose une relation négative entre le nombre d'enfants et l'investissement dans leur capital humain. De plus, selon la théorie du capital humain, les parents biologiques décident de leur niveau d'investissement dans l'éducation des enfants en tenant compte du bien-être futur de ces deniers et de leurs propres contraintes de ressources (argent et temps surtout). Or les contraintes de ressources sont fonction du nombre d'enfants. Ainsi, si des parents choisissent le nombre c'est-à-dire la *quantité* des enfants, ce sera au détriment de leur *qualité* notamment de leur niveau d'éducation rapporte Bougma et Coll (2014) qui reposent leur argumentation sur les travaux de Becker et Lewis (1973) et Becker et Tomes (1976).

Pour répondre à ces questions de recherche, nous tenterons d'atteindre les objectifs suivants.

A – Objectif général

- Documenter les représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement chez les personnes vivant en couple marié au Bénin ainsi que les facteurs incitatifs et les obstacles à la discussion conjugale au sujet de l'usage de la contraception médicale afin de comprendre le phénomène de la fécondité élevée chez celles-ci.

B – Objectifs spécifiques

- Décrire les savoirs de sens commun de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement auprès des femmes et des hommes béninois vivant en couple marié.
- Étudier l'ancrage sociologique de la représentation chaque objet étudié.
- Mettre en lumière les facteurs qui incitent ou nuisent à la négociation de l'utilisation de la contraception médicale dans le couple marié.
- Identifier la théorie de la fécondité qui traduit le mieux les comportements reproductifs des répondants et en déduire leur attitude concernant le rapport bénéfices/coûts de l'enfant ainsi que les raisons associées à la fécondité élevée au Bénin.

Sur le plan scientifique, cette recherche apporterait un nouvel éclairage sur les comportements de fécondité des Béninois mariés à travers leurs représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement. Sur le plan social, cette thèse pourrait éclairer les intervenants en santé sur les enjeux contraceptifs conjugaux en vue d'aider les couples dans la réalisation de leurs intentions de fécondité. Aussi, les pouvoirs publics peuvent-ils y avoir des éléments leur permettant d'avoir une

vision plus complète des enjeux de fécondité des Béninois afin de mener une politique démographique efficace et compatible aux objectifs de réduction de la pauvreté. Mais avant de présenter les questions spécifiques de recherche, nous abordons le cadre théorique de la recherche dans la section suivante.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE

Rappelons que cette thèse vise essentiellement la compréhension du phénomène de fécondité élevée chez les personnes mariées au Bénin. Pour ce faire, nous avons présenté dans le chapitre précédent les problèmes que posent les comportements reproductifs des Béninois. Il s'agit précisément du niveau élevé de fécondité chez les personnes vivant en couple marié avec un désir persistant de famille de grande taille, du rapport difficile de ces personnes à la planification familiale, difficultés qui se traduisent notamment par le faible recours aux moyens classiques de contrôle de naissance tels que la contraception médicale et l'avortement ainsi que la quasi-absence de négociation de la pratique contraceptive au sein des couples mariés. Toutes choses faisant du Bénin, un des pays ayant le plus fort taux de fécondité dans le monde (Pison, 2019; INSAE, 2019).

Soulignons que le phénomène de fécondité élevée et ses implications touchent à plusieurs pays du monde et a déjà fait l'objet de plusieurs rencontres internationales assorties de résolutions et de plan d'action (Nations Unies, 1995; Tabah, 1994; Georges, 1975) sans que les politiques de population conduisent à un véritable contrôle des naissances dans les pays d'Afrique subsaharienne (Pison, 2019). Une telle situation laisse penser que les comportements reproductifs sont mal ou à tout le moins insuffisamment compris dans cette région du monde. D'ailleurs, les théories de la transition démographique ne rendent pas suffisamment compte des comportements reproductifs dans les sociétés pré-transitionnelles.

En effet, élaborées essentiellement sur la base de variables économiques et proches de la fécondité (Becker, 1960; Easterlin, 1975; Bongaarts, 1978); ces modèles explicatifs de la fécondité semblent laisser en friche un vaste espace heuristique que l'explication d'essence socio anthropologique portant sur les flux intergénérationnels des richesses de Caldwell (1976, 2005) n'est pas parvenue à combler. Soulignons qu'au terme des travaux sur les flux intergénérationnels des richesses ayant emprunté le langage économique pour mieux subvertir le modèle explicatif qui s'y appuie (Doliger, 2008), Caldwell n'a véritablement pas repoussé les frontières des travaux antérieurs ou établis. Ses travaux constituent, d'ailleurs, une caution implicite à l'explication économique. Et ce, parce que ces derniers laissent croire qu'en inversant les flux des richesses dans les pays à fécondité élevée, l'on parviendrait à baisser les naissances. Dès lors, l'auteur n'a montré que sur le plan purement économique, la fécondité élevée n'est toujours pas un désavantage (Doliger, 2008) en raison des intérêts que les adultes de certaines régions pourraient prendre dans le travail des enfants. Aspect ayant échappé aux tenants de l'explication économique de la transition démographique. Dans cette posture, Caldwell complète l'explication économique et suggère que la fin du travail infantile soutiendrait la baisse de la fécondité. Ce qui constitue un renfort implicite à la validité des modèles explicatifs basés sur les variables économiques que ses travaux prétendent nuancer ou remettre en cause. Autrement dit, la théorie des flux intergénérationnels des richesses n'a pas fondamentalement révolutionné les savoirs concernant la transition démographique. Néanmoins, Caldwell (1976, 2005) a le mérite d'ouvrir un nouveau chantier, celui de l'approche compréhensive qui a été ignorée par les autres théoriciens de la transition démographique. Or cette approche est essentielle pour mettre en lumière certains aspects et enjeux de la fécondité qui échappent à la démarche explicative. La variabilité des régimes de fécondité à travers le monde suggère un certain ancrage du phénomène dans les contextes socioculturels où les individus se reproduisent. C'est dire qu'on ne pourrait pas bien appréhender les comportements reproductifs en dehors du sens que les acteurs sociaux notamment les couples eux-mêmes en donnent. Cela

est d'autant justifié qu'Ansart (1990) fait remarquer que les êtres humains portent de sens et confèrent une interprétation subjective à leurs comportements. Par conséquent, analyser et comprendre un comportement requiert l'accès à l'interprétation du sujet ou du groupe qui s'y identifient. C'est pour cela qu'Abric (1994a, p : 13) souligne :

[...] qu'il n'existe pas à priori de réalité objective, mais toute réalité est représentée c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs.... C'est cette réalité appropriée et reconstruite qui constitue, pour l'individu ou le groupe, la réalité même.

Ce positionnement épistémologique suggère l'importance de compléter les modèles explicatifs de la fécondité par l'étude du sens que les groupes et individus en donnent. Finalement, nous estimons que l'approche compréhensive peut contribuer à éclairer les zones d'ombre persistantes autour de la fécondité des pays pré-transitionnels dont le Bénin.

Pour ce faire, ce travail de recherche s'appuie sur la théorie des représentations sociales pour apporter davantage de lumière sur la fécondité élevée observée chez les couples mariés du Bénin. Globalement, la théorie des représentations sociales postule une relation entre un type particulier de savoirs et les comportements des individus qui les portent (Moscovici, 1961). Aussi, a-t-elle permis d'établir que l'accès à cette modalité de savoirs rend possible une meilleure interprétation des comportements individuels et sociaux (Abric, 1994a). Cette théorie constitue, de ce fait, une fondation pertinente pour investiguer et créer des connaissances dans la démarche compréhensive. L'intérêt d'y recourir dans cette recherche...

[...] réside dans l'espace heuristique qu'il ouvre pour la compréhension des interactions entre dynamiques individuelles (système cognitif, vie psychique) et dynamiques collectives (rapports sociaux, culture, histoire (Gonin, 2008, p. 26).

Dans ce chapitre, nous allons présenter la théorie des représentations sociales, justifier sa pertinence pour l'étude et expliquer la manière dont nous l'y avons mobilisée. Le chapitre est subdivisé en trois sections. La première section porte sur un

bref rappel historique de la notion de représentations sociales. Dans la seconde partie, nous avons présenté les fondements épistémologiques de la théorie notamment la définition et les fonctions des représentations sociales, leurs mécanismes d'élaboration de même que les approches d'études classiques qui les traversent. La dernière partie est consacrée à la justification du choix de notre approche d'étude des représentations sociales dans ce travail de recherche.

2.1 Représentations sociales : bref historique de la résurgence d'une notion ancienne

L'expression «représentations sociales» provient de Serge Moscovici. Cependant, le psychologue social français n'est pas le précurseur des réflexions sur le phénomène représentationnel. Jodelet (2003, p. 52) rapporte qu'avant lui, Durkheim évoquait déjà les représentations collectives qu'il définit comme des «*productions mentales sociales relevant d'une étude de l'idéation collective*». Plus précisément, Durkheim (1898) estime que les représentations collectives désignent une vaste forme mentale allant du mythe à la science en passant par les idéologies, les traditions, la vision du monde, les utopies etc. Aussi, théorisa-t-il que la vie collective et la vie mentale sont faites de représentations. Ainsi, l'auteur distinguait les *représentations collectives* (d'essence sociale) de ce qu'il nomma les *représentations individuelles* (relevant de l'univers du sujet). Il poussa loin la réflexion en postulant que les représentations collectives prédominent les représentations individuelles étant donné que les premières influencent les secondes. Et ce, parce que l'individu est le produit de la société ou de la collectivité. D'autre part, Durkheim (1898) attribuait aux représentations collectives, le pouvoir d'expliquer une variété de phénomènes sociaux dont le fait religieux. Néanmoins, sa thèse fut en opposition au paradigme

épiphénoméniste⁴² qui ne reconnut aucun pouvoir causal aux représentations collectives. L'école de pensée épiphénoméniste soutint que les contenus de conscience tels que les désirs, les croyances, les émotions etc sont inhérents à l'activité physiologique. En d'autres mots, ces phénomènes ne sont pas autonomes et ne devraient en principe causer quoi que ce soit. Évidemment, Durkheim (1898) réfuta cette explication en soutenant que la conscience n'est pas exclusivement d'origine nerveuse puisqu'elle survit au processus physiologique qui l'engendre. Ainsi, se défendit-il, les contenus de conscience sont autonomes et dotés de pouvoir causal. Sur ce postulat, Durkheim posa les bases de la théorie des représentations sociales dont les fondations théoriques, épistémologiques et méthodologiques furent amorcées dans l'étude réalisée par Moscovici (1961) sur la représentation sociale de la psychanalyse dans la société française.

Rappelons que la psychanalyse, objet d'étude du travail princeps de Moscovici sur les représentations sociales, est une méthode d'investigation des processus psychiques mise au point par Freud et par laquelle l'on prétend interpréter les comportements des individus à partir des contenus inconscients ou latents (Smirnoff, 1992). De plus, la psychanalyse était un sujet suscitant l'intérêt du grand public⁴³ dans les années 50. Ce qui fait dire à Daniel Lagache qui préfaçait l'ouvrage : la psychanalyse, son image et son public de Moscovici que la psychanalyse constituait, à l'époque, un précieux objet pour examiner ce qu'advienne d'une discipline savante lorsqu'elle est perçue par des non-initiés; la manière dont ces derniers la façonnent ainsi que les cheminements qui président à la formation des images qu'ils s'en font.

⁴² Épiphénoménisme : école dont le philosophe anglais Thomas H. Huxley est le maître à penser et qui présuppose que les contenus de conscience (désirs, croyances, émotions etc) n'ont pas de pouvoir causal parce qu'ils ne sont pas des phénomènes autonomes.

⁴³ Grand public : expression désignant selon le dictionnaire Larousse, l'ensemble des lecteurs, des spectateurs, des acheteurs etc. sans qualification particulière par opposition aux initiés, aux sachants ou à un public particulier.

En effet, dans son travail princeps, Moscovici démontre dans la société française, une différence entre la représentation sociale de la psychanalyse et les savoirs scientifiques établis au sujet de cet objet. De plus, l'auteur met en évidence que plusieurs modes de communication contribuent à la formation et à la diffusion des savoirs élaborés autour de la psychanalyse dans le grand public. Aussi, met-il en lumière que ces savoirs qu'il qualifie de « profanes » ou de « sens communs » parce qu'étant élaborés en dehors des canons scientifiques traditionnels, peuvent évoluer, se transformer et changer la vision que les groupes et individus ont d'eux-mêmes et du monde qui les entoure. Le travail de Moscovici met également en lumière que contrairement aux règles de production scientifique, les individus et les groupes mobilisent fortement les normes sociales et leurs propres valeurs dans le processus d'élaboration des savoirs représentationnels. La sexualité est, par exemple, une notion importante dans la psychanalyse et est d'ailleurs reconnue en tant que telle par des participants de l'étude de Moscovici. Curieusement, ce terme est absent du champ représentationnel de la psychanalyse. Une situation qui se justifie aux dires de Moscovici (1961) par le veto social qui était sur la sexualité au moment de l'enquête. Et l'auteur mentionne que « ...*Toute construction théorique, ne pénètre pas dans la société sans rencontrer les valeurs et les normes des groupes qui la composent, en les heurtant ou en s'harmonisant avec elles. Ces normes incluent ou modèlent la représentation, l'organisation finale de celle-ci exprime leur poids et leur constellation dans un milieu défini* » (Moscovici, 1961; p : 230). Remarquons que cette censure sociale qui traverse le processus d'élaboration des savoirs représentationnels en fait un type de savoirs dont la validité repose uniquement sur le consensus social. Ainsi, les savoirs scientifiques sont différents des savoirs représentationnels dans la mesure où le processus d'élaboration des premiers, repose sur des règles précises et ne mobilise pas les normes subjectives du chercheur aux fins de censure.

Au total, Moscovici s'est inspiré de la notion de représentations collectives pour amorcer les travaux sur les représentations sociales. Après sa naissance, la notion des représentations collectives a connu une éclipse qui a duré près d'un demi-siècle avant de ressurgir au début des années 60 (Moscovici, 2003). Duby (1961) par cité Moscovici (2003) souligne que la notion tomberait même dans l'oubli si un groupe d'historiens n'en a pas conservé les traces grâce aux recherches réalisées sur les mentalités.

D'autre part, rappelons qu'entre le moment de sa naissance et celui de sa résurgence, la notion de représentations collectives a subi des mutations qui lui ont donné une autre forme et une coloration différente (Moscovici, 2003). Aux dires de ce dernier, un groupe de psychologues sociaux trouvent dans sa thèse où la notion de représentations collectives est substituée par celle des représentations sociales, les moyens d'étudier les comportements ainsi que les rapports sociaux sans les simplifier ou les déformer (Moscovici, 2003). Dans la prochaine section, nous allons présenter les fondements épistémologiques des représentations sociales afin de rendre plus intelligible en quoi cette notion et la théorie y afférente rendent possible l'étude et la compréhension des comportements et des rapports sociaux.

2.2 Fondements épistémologiques des représentations sociales

2.2.1 Représentations sociales : définitions et fonctions sociales

Soulignons d'abord que la notion de représentations sociales n'est pas une notion facile à définir. Et cela est dû au fait qu'elle rallie ou du moins se trouve au point de jonction de plusieurs disciplines. C'est ce que pense Jodelet (1989a) qui estime que la notion de représentations sociales se situe à l'interface du psychologique et du social. Il s'agit donc d'une notion complexe, transversale marquée par une certaine

interdisciplinarité (Abric, 1994a). Moscovici a d'ailleurs évoqué la complexité du concept dans les termes ci-dessous lorsqu'il a décidé de le faire revivre :

[...] si la réalité des représentations sociales est facile à saisir, le concept ne l'est pas. Il y a bien des raisons à cela. Les raisons (...) se réduisent toutes à une seule : sa position « mixte », au carrefour d'une série de concepts sociologiques et d'une série de concepts psychologiques. C'est à ce carrefour que nous avons à nous situer. La démarche a, certes, quelque chose de pédant, mais nous n'en voyons pas d'autres pour dégager de son glorieux passé un tel concept, de le réactualiser et de comprendre sa spécificité (Moscovici, 1961; p : 39).

Ce passage traduit la difficulté relative à la définition de la notion de représentations sociales. Néanmoins, Moscovici (1961, p : 11) a posé les bases de cette définition. À cet effet, il estime que : « *se représenter, c'est édifier une doctrine qui facilite la tâche de déceler, de programmer ou d'anticiper actes ou conjectures* ». Pour sa part, Jodelet (2003, p :54) développe davantage la même idée de la manière suivante :

[...] se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet. Celui-ci peut-être aussi bien une personne, une chose, un événement matériel, psychique ou social, un phénomène naturel, une idée, une théorie, etc; il peut être aussi bien réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis. Il n'y a pas de représentation sans objet.... Elle est donc le représentant mental de l'objet qu'elle restitue symboliquement.... Ce dernier aspect renvoie au caractère constructif, créatif, autonome de la représentation qui comporte une part de reconstruction, d'interprétation de l'objet et d'expression du sujet.

Au regard de ce qui précède, l'on peut dire que la représentation (tout court) qui est une activité mentale implique deux éléments clés notamment un sujet qui est en relation avec un objet. Le sujet s'approprie une image de l'objet représenté en l'interprétant à sa façon. Dès lors, ces deux éléments sont indissociables et requis dans le processus de représentation. Là-dessus, Moscovici (1961, p : 9) mentionne « *qu'il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu ou du groupe et que le sujet et l'objet ne sont pas foncièrement distincts* ». Ainsi, du point de vue du sujet percevant, tout objet n'existe ou ne prend forme que s'il est représenté. D'ailleurs, comme le souligne si bien Abric (1994a, p : 12) :

[...] un objet n'existe pas en lui-même, il existe pour un individu ou un groupe et par rapport à eux. C'est donc la relation sujet-objet qui détermine l'objet lui-même. Une représentation est toujours représentation de quelque chose pour quelqu'un.

Il n'y a donc pas de représentation en dehors de la relation entre un sujet et un objet. Le premier donne vie, forme et sens au second en le représentant. Par conséquent, c'est dans la relation entre le sujet et l'objet que le second quitte sa situation de *non-existence* pour devenir une réalité repérable, nommable et signifiante. En d'autres termes :

Il n'existe pas à priori de réalité objective, mais toute réalité est représentée c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs.... C'est cette réalité appropriée et reconstruite qui constitue, pour l'individu ou le groupe, la réalité même (Abric, 1994a, p. 13).

Rappelons, par ailleurs, que dans la dynamique représentationnelle; la relation entre le sujet et l'objet s'opère dans un contexte social ou humain qu'il importe de considérer lorsqu'on s'intéresse à celle-là. La prise en compte de ce contexte social a, sans doute, amené Moscovici (1961) à évoquer le modèle interactionniste qui établit une relation tripartite entre ce que Roquette (1998) appelle le *sujet psychologique*, en l'occurrence le sujet percevant; ses *partenaires* ou ses congénères et le *monde* qui symbolise l'objet ou la réalité extérieure. De plus, Roquette (1998) insiste sur la nécessité de tenir compte des trois termes sous peine de réductionnisme dans la mesure où tout objet est socialisé pour un sujet, tout sujet est socialisé dans ses rapports à quelque objet et il n'y a de partenariat que dans les interactions avec autrui. Cette dynamique symbolise la relation ternaire entre le sujet (ego), le sujet social (alter) et l'objet (Anadón, 2002). Maintenant que la notion de représentation est clarifiée, nous allons aborder celle de représentations sociales à proprement parler.

À l'entame de cette section, nous avons mis l'accent sur la difficulté qui caractérise la définition du concept de représentations sociales. En réalité, il n'y a pas de consensus définitionnel chez les auteurs qui ont travaillé sur le phénomène représentationnel.

Pour le définir, chacun y va de sa compréhension et de ses expériences de travail sur le sujet. Cependant, toutes les définitions se rejoignent sur un point : les représentations sociales sont une forme de connaissance destinée à guider les conduites et interactions sociales.

En effet, les représentations sociales sont des savoirs profanes qui incitent à l'action et facilitent la communication entre les individus qui les ont en partage (Moscovici, 1961; 1981). Dans la même veine, Roquette (1998, p : 31) définit les représentations sociales comme une...

[...] Façon de voir localement et momentanément partagée au sein d'une culture, qui permet de s'assurer l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos.

Aux dires de l'auteur, cette conception des représentations sociales met en avant trois aspects fondamentaux : le partage, l'appropriation et le guidage qui méritent qu'on s'y attarde. Le partage, argumente-t-il, renvoie au fait que les représentations sociales sont partagées par les individus appartenant à la même culture. En interagissant les uns avec les autres dans divers cadres sociaux dont la famille, les bureaux, les relations amicales etc; explique-il, les individus développent et font évoluer ensemble des connaissances et codes moraux qui façonnent leur vision du monde. Ainsi, les représentations sociales sont donc un corpus de connaissances reliées à un objet, lesquelles sont partagées par les membres d'un groupe social. C'est pour cette raison qu'Abrie (1994a) indique que celles-ci ont, entre autres, une fonction de savoirs de la réalité; fonction qui se traduit par un pré-codage, un ajustement et une intégration d'informations au système normatif du groupe. De plus, la fonction de savoirs de la réalité caractérisant le phénomène représentationnel est fondamentale dans la mesure où individus et groupes ne peuvent pas se passer des représentations sociales. Celles-ci sont fabriquées pour répondre véritablement à un besoin (Descombes, 2000) tel que l'exprime Jodelet (2003, p : 47) avec les termes ci-dessous :

Nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. Il faut s'y ajuster, s'y conduire, le maîtriser physiquement et intellectuellement, identifier et régler les problèmes qu'il pose. C'est pourquoi nous fabriquons des représentations sociales.

En somme, les interactions avec les membres de son groupe d'appartenance confèrent à un individu des savoirs profanes qu'il partage avec eux à propos d'un objet déterminé. On peut conclure que les savoirs représentationnels sont transversaux au groupe social.

La deuxième caractéristique attribuée aux représentations sociales par Roquette (1998) est l'appropriation. Selon ce dernier, celle-ci a également une dimension collective avec plusieurs effets. Le premier effet est celui d'approprier la nouveauté en la rendant plus compréhensible grâce à des significations rattachées au cadre culturel usuel du groupe. Le second effet est la préparation de l'individu à reconnaître ce qu'il rencontre, à lui attribuer une identité tout en s'identifiant lui-même à un groupe qui reconnaît la même chose que lui. Admettons que cette caractéristique des représentations sociales renvoie directement à ce qu'Abric (1994a) qualifie de fonction d'identité qui permet, au-delà de ce que décrit Roquette, à l'individu de se positionner et d'affirmer la différence de son groupe social par rapport aux autres.

Enfin, Roquette (1998) estime que les représentations sociales permettent de guider les comportements c'est-à-dire de définir le cadre de ce qui est acceptable ou inacceptable en matière de conduites. En d'autres mots, « *elles servent à agir sur le monde et autrui* » (Jodelet, 2003, p : 61) et permettent d'organiser les positions des individus en société (Doise et Coll, 1992).

En plus des fonctions de savoirs, d'identité et d'orientation décrites par Roquette (1998) au moyen des expressions *partage*, *appropriation* et *guidage*, ce dernier laisse savoir que les représentations sociales possèdent également une fonction de justification sans en faire une caractéristique à part entière. Néanmoins, celles-ci

entérinent les croyances et justifient les comportements attendus de l'individu à l'égard d'un objet social (Abric, 1994a; Jodelet, 2003).

D'autre part, mentionnons qu'un grand nombre d'auteurs se sont également essayés à la définition des représentations sociales. Après avoir évoqué la difficulté relative à cet exercice à l'entame de son ouvrage, Moscovici (1961) définit le concept comme...

Un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses (p. 350).

Pour Jodelet (2003, p :53) et Abric (1994a, p : 13), les représentations sociales sont respectivement...

[...] une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique, et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Également désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », ou « naturel », cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique. Mais elle est tenue pour un objet d'étude aussi légitime que cette dernière en raison de son importance dans la vie sociale, de l'éclairage qu'elle apporte sur les processus cognitifs et les interactions sociales.

[et]

[...] une vision fonctionnelle du monde qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place.

À y observer de plus près, les définitions des représentations sociales présentées jusque-là mettent l'accent sur les fonctions de celles-ci. Et l'on peut supposer qu'il s'agit de définitions fonctionnelles. Cette typologie de définitions cohabite, dans la littérature, avec d'autres axées sur la composition et la structure des représentations sociales. Cette deuxième catégorie de définitions provient essentiellement des tenants de l'approche structurale d'étude du phénomène. Par exemple, Abric (2003, p : 375) estime que les représentations sociales sont :

[...] un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné ..., autour d'un noyau central constitué d'un ou de quelques éléments qui lui donne sa signification.

À supposer que ce type de définitions axées sur le contenu représentationnel soient des définitions structurales, celles-ci ne s'opposent pas aux définitions fonctionnelles. Elles les complètent et marquent une autre perspective d'étude des représentations sociales. La preuve est que la plupart des auteurs qui ont développé l'approche structurale ont également donné des définitions fonctionnelles des représentations sociales. Dans la section consacrée aux approches d'étude classiques des représentations sociales et dans la méthodologie de recherche, nous reviendrons sur les définitions structurales.

Retenons de manière globale que les représentations sociales sont des savoirs d'essence sociale qui régulent les interactions entre les individus. Elles exercent une contrainte extérieure sur les individus même si ceux-ci ont la liberté de les modifier et de les faire évoluer (Moscovici, 1961; 2003). Ainsi, les représentations sociales semblent contrôler l'individu et délimiter le champ de son action car, pour intelligent et raisonnable qu'il soit :

L'homme n'est libre et responsable que pour mieux rationaliser des conduites de soumission qui échappent à sa liberté et à sa responsabilité. Ce sont les « circonstances » en tant que telles qui vont décider de la liberté et de la responsabilité de l'acteur social (Abric, 1994b; p : 219).

Et ce, dans la mesure où « aucun individu ne peut faire autrement pour construire son propre univers que d'emprunter à sa culture ce qui a du sens pour lui comme pour ses compagnons... » Mannoni (2012, p : 17).

Cette prégnance du social sur l'individuel et la relation causale entre représentations sociales et conduites mises en avant dans le phénomène représentationnel a fait l'objet de critiques d'une rare violence dans la littérature anglosaxonne surtout britannique. Des auteurs cités par Voelklein et Howarth (2005) dénoncent une théorie trop large et vague marquée par des ambiguïtés conceptuelles, enfermée dans le

déterminisme social et le réductionnisme cognitif faute de recul critique conséquent. Mais pour soupeser les controverses et mieux les analyser, examinons les écrits de certains auteurs, pour ne citer que ceux-là, évoqués dans Voelklein et Howarth (2005, p : 435). Ces critiques soulignent que :

Les représentations sociales sont « *un concept en quête de théorie* » (Potter et Litton, 1985; p : 82) et dont « *l'élaboration théorique réelle n'a pas encore eu lieu* » (Valsiner (1998; p : 149). Aussi, sont-elles qualifiées de « *pot-pourri d'idées contradictoires, assaisonné de quelques éléments de psychologie cognitive spéculative* » (McKinley et Potter, 1987; p. 484); parce que « *les écrits de Moscovici sont fragmentés et parfois contradictoires* » (Potter et Wetherell, 1987; p. 139).

Globalement, retenons que les controverses portent en elles-mêmes les moyens de leur propre réfutation. Voelklein et Howarth (2005) démontrent qu'elles reposent sur des malentendus conceptuels dus au glissement sémantique lié à la traduction vers l'anglais de concepts originellement élaborés en français même si certaines critiques aideraient à affiner la théorie au lieu de son rejet pur et simple. D'abord, les auteures indiquent que les malentendus conceptuels portent sur des termes importants tels que la cognition, la représentation, le consensus pour ne citer que ceux-ci dont le sens varie en raison de la relation entre la langue et la culture. Par exemple, en anglais, le terme représentation renvoie au "reflet" ou à la "reproduction" alors qu'en français, il a une composante plus active et volontaire avertit Wagner (1998) cité par Voelklein et Howarth (2005). Ainsi, la représentation, aux yeux de Moscovici, est une image de la réalité extérieure acquise par l'individu au terme d'une activité socio-cognitive impliquant le contexte culturel et non une simple reproduction de l'objet dans son mental (Voelklein et Howarth (2005).

En outre, rappelons qu'un des grands griefs portés contre la théorie des représentations sociales est qu'elle brosse un portrait trop déterministe des relations sociales (Voelklein et Howarth, 2005). Néanmoins, lorsqu'il est soupesé, cet argument s'avère fragile et problématique, aux yeux de ces dernières étant donné qu'il réduit la théorie à l'une de ses dimensions clés, soit l'influence de la société sur l'individu et l'impact de la culture sur la cognition. Bien plus, les auteures y voient un

raccourci essentialiste conduisant à l'ignorance d'un aspect capital de la théorie : le caractère évolutif et dynamique des représentations sociales, dimension sur laquelle Moscovici (1961) et d'autres auteurs ont tant insisté. À ce propos, notons que la théorie ne fait pas de l'humain une entité inerte face aux représentations sociales mais elle tient bel et bien compte de sa capacité de les modifier et les faire évoluer de façon délibérée (Voelklein et Howarth, 2005).

Ensuite, elles évoquent d'autres critiques qui seraient destinées à renforcer la validité de la théorie des représentations sociales. Certaines sont assorties de recommandations pour affiner la théorie par la prise en compte du contexte surtout l'influence du pouvoir, des conflits et de l'idéologie dans l'étude du phénomène représentationnel jugée trop centrée sur la structure interne des représentations au détriment de leurs rôles sociaux. Cette remarque constitue une preuve supplémentaire de la méconnaissance de la théorie puisqu'elle renvoie à l'orientation théorique dite sociogénétique que Moscovici a donnée à son œuvre fondatrice sur le phénomène (Moliner et Guimelli, 2015).

Au total, les critiques manifestent plus de malentendus qu'elles ne rehaussent le niveau de la conversation scientifique à propos de la théorie des représentations sociales. En la considérant comme une hérésie scientifique, celles et ceux qui remettent en cause la théorie n'ont pas pris la peine de l'éprouver afin de mieux la juger. En revanche, le rôle des représentations sociales en tant que guide des pratiques et interactions sociales est bien établi (Abric, 1994b). Après ce tour d'horizon autour des définitions et fonctions des représentations sociales, nous abordons maintenant le mécanisme de formation de cette modalité de savoirs.

2.2.2 Processus de formation et propriétés heuristiques des représentations sociales

Pour bien exposer l'origine et la façon dont le phénomène représentationnel se met en place, il importe de rappeler ce qu'il est. Connues comme une modalité particulière de savoirs, les représentations sociales se distinguent par trois caractéristiques clés. Elles symbolisent un objet [1] de façon concrète et imagée [2] et ont une vocation signifiante [3] (Moscovici, 1961). L'origine sociale de ce type de savoirs, explique celui-ci, justifie l'appellation représentations sociales. En effet, dit-il, l'adjectif *sociales* qualifiant les *représentations*, renvoie à la fois au mécanisme collectif qui préside à l'élaboration du phénomène mais aussi et surtout à sa fonction spécifique d'orientation des conduites et des communications sociales. Plus précisément, Elejabarrieta (1996) cités par Moliner (2001) renchérit ce constat en estimant que les représentations sont sociales parce que leur mécanisme d'élaboration repose sur le collectif. Toute représentation sociale, à en croire Elejabarrieta (1996), part d'un déclic. Il s'agit notamment de l'apparition, dans un groupe social, d'un objet nouveau suscitant des peurs ou des inquiétudes du fait de son caractère étrange. Ainsi, l'envie de l'apprivoiser et de savoir comment s'y prendre à propos (Jodelet, 2003) déclenche un processus de communication générale au terme duquel le groupe social élabore, s'approprie et instrumentalise des savoirs constitutifs de la représentation sociale relative à l'objet.

Soulignons qu'aux dires de Moliner (2001), le processus de communication présidant à l'élaboration des représentations sociales a deux volets : un volet interpersonnel et un volet collectif. La communication interpersonnelle, dit-il, met en jeu des échanges entre parents, amis, collègues etc... Ces échanges se déroulent dans un cadre informel ouvert à toutes sortes de rumeurs. Au cours de ces conversations s'opèrent les transformations, les glissements sémantiques et diverses interprétations des informations liées à l'objet. De plus, le rapprochement social permis par la

communication interpersonnelle crée un climat de confiance permettant aux individus d'établir un consensus sur des croyances, des informations et des opinions constitutives de la représentation sociale. À ce type d'échanges interpersonnels est secondée la communication collective, en l'occurrence le débat public qui est mieux structuré. Ce débat a lieu dans les médias notamment sur les chaînes de télévision et de radio où des experts et autres sachants exposent leur point de vue sur les problématiques liées à l'objet étrange et anxiogène. Ainsi, les débatteurs contribuent à la formation d'une partie des opinions, soit des informations retenues à propos de l'objet par le public qui est exposé aux débats. C'est ainsi que le débat public participe à la formation des représentations sociales.

D'autre part, rappelons qu'au terme des échanges interpersonnels et du débat public sur l'objet représentationnel, s'opèrent deux phénomènes successifs que Moscovici (1961) appelle l'objectivation et l'ancrage. Ces deux phénomènes constituent les mécanismes de formation des représentations sociales. Décrivons ces processus en commençant par l'objectivation : « Objectiver, c'est résorber un excès de significations en les matérialisant » (Moscovici, 1961, p : 108).

Pendant la phase d'objectivation, explique l'auteur, le groupe social opère une sélection d'informations sur l'objet qu'il schématise en une forme concrète. Celle-ci symbolise, précise-t-il, le noyau figuratif de la représentation. Le noyau figuratif est un ensemble imagé et cohérent qui reproduit l'objet de façon concrète et sélective (Moliner et Guimelli, 2015). Cette activité qui se fait en conformité avec le répertoire cognitif et le système normatif du groupe. En d'autres termes, le groupe social procède à « [...] une concrétisation imageante et figurative de l'objet et de ses caractéristiques plus ou moins abstraites » (Gigling et Rateau 1999, p : 62).

Pour Jodelet (1984), le processus d'objectivation se déroule en trois phases. Dans un premier temps, le groupe sélectionne un nombre limité d'informations sur l'objet et se

les approprié : c'est la phase de sélection et de décontextualisation des éléments. Vient ensuite, la phase de formation du noyau figuratif se traduisant par la transformation des informations sélectionnées en une image concrète et facile à assimiler par le groupe. Enfin, la phase de naturalisation où l'on organise les éléments choisis pour former une nouvelle réalité met fin au processus d'objectivation. Cette nouvelle réalité devient une « théorie autonome » de l'objet représenté et instrumentalisée à des fins de jugement et d'orientation des conduites à son propos (Moliner et Guimelli, 2015).

En un mot, l'objectivation permet de simplifier la réalité sous forme d'image et ce, à partir d'informations choisies conformément au registre de normes et de valeurs du groupe. Ce processus conduit à l'image que le groupe se fait de l'objet représenté. Et cette image est la représentation sociale de l'objet pour le groupe. À la fin de la phase d'objectivation, intervient celle de l'ancrage.

L'ancrage renvoie à la phase d'insertion de la nouvelle représentation dans la société (Moliner, 2001). Pour ce faire, souligne-t-il, cette phase est marquée par deux temps complémentaires. Le premier correspond à l'intégration des savoirs élaborés sur l'objet dans le répertoire cognitif existant. Parce qu'une représentation vient toujours s'insérer dans un déjà-là c'est-à-dire un corpus de savoirs usuels (Jodelet, 1984). Le deuxième moment est celui de l'utilisation des savoirs pour légitimer les interactions sociales. En somme, l'ancrage permet d'enraciner et d'instrumentaliser la représentation à travers l'appivoisement de l'objet avec des mots familiers au groupe (Jodelet, 1984).

Eu égard à ce qui précède, retenons que l'objectivation renvoie à la manière dont les objets représentés s'intègrent en tant que termes de la réalité sociale alors que l'ancrage traduit la façon dont ils contribuent à manifester et à interpréter les interactions sociales (Moscovici, 1961). Aussi, devons-nous admettre que les

représentations sociales dont la validité ne tient qu'au consensus social présidant à leur mise en place (Moscovici, 1961) ne sont pas de vrais savoirs. D'ailleurs, il n'est point besoin qu'elles soient vraies pour susciter la curiosité scientifique dans la mesure où :

Les représentations sociales se prennent elles-mêmes pour la mesure de toutes choses. La réalité n'est pas ce qu'elle est, mais ce qu'elles en font et c'est avec cette superbe désinvolture qu'elles s'écartent de la vraie connaissance. Ce qui signifie qu'elles n'ont pas besoin de preuves pour être, qu'éventuellement elles tirent les preuves d'elles-mêmes, et que, sans se préoccuper d'être elles-mêmes prouvées, elles s'offrent à prouver des choses en dehors d'elles » (Mannoni, 2012; p :5).

Cette remarque est d'autant intéressante et sensée que :

Le repérage de la « vision du monde » que les individus et les groupes portent en eux et utilisent pour agir ou prendre position est reconnu comme indispensable pour comprendre la dynamique des interactions sociales et donc éclairer les déterminants des pratiques sociales » (Abric, 1994a; p : 11).

De ce fait, ce qui importe dans l'étude des représentations sociales est moins leur propre validité scientifique que la manière dont elles donnent à voir et à comprendre la réalité concernant les rapports sociaux. Fortes d'un tel pouvoir heuristique, les représentations sociales fascinent depuis des décennies une multitude de chercheurs qui les étudient avec des approches variées que nous présentons dans la section suivante.

2.2.3 Approches d'étude classiques des représentations sociales

Signalons d'abord que l'étude des représentations sociales est traversée par plusieurs orientations théoriques. Globalement, l'on distingue aujourd'hui quatre perspectives d'étude des représentations sociales (Moliner et Guimelli, 2015). Il s'agit, selon ceux-ci, de l'approche *sociogénétique* instruite par Moscovici (1961); l'approche *structurale* amorcée par Abric (1976); l'approche *sociodynamique* de Doise (1990) et

l'approche *dialogique* développée par Markova (2007). Nous essayons de présenter ces différents modèles d'étude des représentations sociales dans les lignes suivantes.

2.2.3.1 L'approche structurale

Retenons que l'approche structurale d'étude des représentations sociales a été amorcée par Abric (1976) inspiré par le processus d'objectivation proposé par Moscovici (Moliner et Guimelli, 2015). Cette approche d'étude dont l'hypothèse initiale a été validée par un certain nombre de travaux est aujourd'hui incontournable dans l'étude du phénomène représentationnel (Dany et Apostolidis, 2007).

En effet, l'étude des représentations sociales sous l'angle de l'approche structurale part de l'idée que celles-là sont un ensemble structuré et organisé de croyances, d'opinions et d'attitudes (Abric, 1994b). C'est ainsi qu'Abric (1976, 1987) reprend et développe avec d'autres auteurs l'étude du fameux noyau figuratif de Moscovici (1961). Pour ce faire, Abric a annoncé la théorie du noyau central qui postule une certaine dynamique de la structure interne des représentations sociales. En termes précis, selon les tenants de l'école dite structurale des représentations sociales, celles-ci sont dotées d'un noyau central fait d'éléments qui y jouent un rôle important et d'une partie périphérique dont la substance varie d'un individu à un autre (Abric, 1987, 1989; Moliner, 1988; Flament, 1995; Guimelli et Roquette, 1992; Moliner, Rateau et Cohen-Scalli, 2002). Ainsi, les éléments cognitifs d'une représentation sociale ne jouent pas les mêmes rôles. Les plus importants éléments connus sous le nom d'*éléments centraux* ou du *noyau central* ont deux fonctions essentielles dans la représentation sociale :

[...] d'une part une fonction génératrice de sens. C'est par le noyau central que les autres éléments du champ représentationnel acquièrent un sens et une valeur spécifique pour les individus ; d'autre part une fonction organisatrice. C'est autour du noyau que s'agencent les autres éléments de la représentation. Et c'est ce même noyau qui déter-

mine les relations que ces éléments entretiennent les uns avec les autres (Moliner et Guimelli, 2015; p : 27).

En d'autres mots, les éléments centraux donnent sa signification à la représentation et déterminent les relations entre ses éléments constitutifs (Dany et Apostolidis, 2007). Aussi, les éléments formant le noyau central sont-ils d'autant importants que l'absence de l'un d'eux peut déstructurer et changer le sens d'une représentation (Moliner, 1994). Il est donc important de reconnaître les éléments centraux au sein d'une représentation et d'étudier la manière dont ils sont organisés et hiérarchisés. Cette modalité d'étude des représentations sociales est importante pour ne pas attribuer la même représentation à deux différents groupes puisque deux représentations sociales peuvent avoir les mêmes contenus, néanmoins organisés et hiérarchie différemment (Moliner et Guimelli, 2015). Dans ce cas, l'objet représenté ne devrait pas avoir le même sens pour les deux groupes. Mentionnons, en outre, que les représentations sociales sont dotées d'une grande inertie (Moliner, 2001) même si elles ne pas immuables c'est-à-dire susceptibles d'évoluer et de se transformer (Moscovici, 1961; Flament, 2001). Cette inertie/stabilité du contenu représentationnel ne concerne que les éléments formant le noyau central qui assure la permanence et la pérennité de la représentation (Moliner et Guimelli, 2015).

Le système ou les éléments périphériques de la représentation, quant à eux, sont plus flexibles, impliquent les expériences vécues, varient d'un individu à un autre, protègent le noyau central et sont sensibles aux variations du contexte où opère la représentation (Abric, 1994b). En d'autres mots, le système périphérique est conditionnel et joue un rôle de médiation entre les principes absolus, inconditionnels du noyau central et ses propres éléments soumis à l'influence du contexte social (Flament, 2001). À ce titre, et selon (Moliner et Guimelli, 2015, p :29), le système périphérique assure trois fonctions essentielles décrites ainsi qu'il suit :

[...] a) il prescrit les comportements et les prises de position en permettant aux individus de savoir ce qu'il est normal de dire ou de faire dans une situation donnée, compte tenu de la finalité de celle-ci ; b) il permet une personnalisation de la représentation et des conduites qui lui sont attachées. Selon le contexte, une même représentation peut donner lieu à des prises de positions interindividuelles différenciées au sein du groupe. Ces différences restent compatibles avec le système central mais correspondent à une variabilité à l'intérieur du système périphérique ; c) il protège le noyau central en cas de nécessité et joue le rôle de « pare-chocs » de la représentation. En ce sens, la transformation d'une représentation sociale s'opère dans la plupart des cas par la modification préalable de ses éléments périphériques.

Sur la base de ce qui précède, Dany et Apostolidis (2007) concluent que la théorie du noyau central suggère une implication majeure qu'Abric (2003, p :376) cité par ceux-ci, exprime avec les mots suivants : *«étudier une représentation sociale, c'est d'abord et avant tout, chercher les constituants de son noyau central»*. Toutefois, l'approche structurale ne renseigne pas sur les conditions d'émergence et d'instrumentalisation des représentations sociales d'où la redynamisation de l'approche sociogénétique initiée par Moscovici (1961).

2.2.3.2 L'approche sociogénétique

Soulignons que la perspective sociogénétique est avant tout l'approche fondatrice de la théorie des représentations sociales (Moliner et Guimelli, 2015). Et en formulant cette théorie, soulignent ces derniers, Moscovici (1961) souhaite essentiellement décrire la genèse et le développement des représentations sociales. Cet objectif a été atteint dans sa thèse où il décrit, entre autres, les processus d'objectivation et d'ancrage exprimant les conditions d'émergence, d'appropriation et d'utilisation des représentations sociales. Sans compter que son travail de recherche inspire et pose le cadre général de toutes les approches d'étude des représentations sociales. Néanmoins, c'est à Jodelet (1989) que l'on doit la redynamisation effective de l'approche sociogénétique. Sa recherche sur la folie lance véritablement l'approche sociogénétique, un courant qui préfère étudier les représentations sociales comme un

système de significations exprimant le rapport que les individus et des groupes entretiennent avec leur milieu social (Moliner et Guimelli, 2015). Pour ce faire, Jodelet (1989, p : 40-41) propose qu'on étudie les représentations sociales comme...

[...] une forme de pensée sociale dont la genèse, les propriétés et les fonctions soient rapportées aux processus qui affectent la vie et la communication sociales, aux mécanismes qui concourent à la définition de l'identité et la spécificité des sujets sociaux ou groupes ou individus ainsi qu'à l'énergétique qui sous-tend les rapports que ces derniers entretiennent entre eux.

Ce modèle anthropologique qui plonge le chercheur dans le contexte social a permis à Jodelet de (re)découvrir ou à tout le moins de vérifier les processus d'objectivation et d'ancrage mis évidence par Moscovici (1961). À travers l'histoire d'un village français, Jodelet (1989) démontre comment les savoirs sociaux élaborés et partagés à propos de la folie permet un changement du rapport au fou permettant ainsi la vie communautaire, malgré les craintes qui s'y associent, de personnes autrefois gardées en institution en raison des problèmes de santé mentale.

En définitive, l'approche sociogénétique renvoie à l'étude des représentations sociales comme des savoirs socialement liés, prenant leur source dans le contexte social où ils interviennent pour réguler les rapports sociaux. C'est, d'ailleurs, pour cela qu'elles sont étudiées pour comprendre les interactions sociales (Jodelet, 2003). Aussi, faut-il retenir que si les représentations sociales permettent de bien appréhender les rapports sociaux, les caractéristiques de celles et ceux qui les portent témoignent mieux de leur ancrage sociologique. C'est ce qu'explique Doise (1990) dans le modèle sociodynamique ou des principes organisateurs.

2.2.3.3 L'approche sociodynamique

Cette approche émane essentiellement de Doise (1990) qui approfondit et présente le processus d'ancrage des représentations sociales sous un jour nouveau. En effet, le

modèle sociodynamique qui est également appelé la théorie des principes organisateurs vise à concilier la complexité structurelle des représentations sociales et leur insertion ou ancrage sociologique (Moliner et Guimelli, 2015). Pour cela, Doise (1992) explique que l'appropriation d'une représentation dépend des caractéristiques individuelles et des contextes d'ancrage. Autrement dit, plusieurs logiques de discours peuvent émerger au sujet d'un objet représentationnel dans un groupe (Negura, 2006) matérialisant ainsi des positionnements variés. Ces prises de positions sont produites à partir de principes organisateurs communs (Moliner et Guimelli, 2015). Ainsi, le rôle du chercheur dans l'étude de l'ancrage sociologique des représentations est de retracer les principes organisateurs c'est-à-dire rechercher les caractéristiques individuelles qui permettent les points de vue communs et de les mettre en perspective avec les discours produits afin d'en saisir le bien-fondé (Doise, 1992; Negura, 2006). Au-delà de ces trois orientations théoriques qui constituent le fondement de l'essentiel des travaux sur les représentations sociales, il existe un quatrième modèle notamment l'approche dialogique qu'il importe d'évoquer.

2.2.3.4 L'approche dialogique

Cette orientation théorique proposée par Markova (2007) approche les représentations sociales comme le produit d'une propriété essentielle de l'esprit humain : la dialogicité qui renvoie selon l'auteure rapportée par Moliner et Guimelli (2015, p : 33) à «la capacité de l'Égo à concevoir et comprendre le monde dans la perspective de l'Alter et à créer des réalités sociales dans la perspective de l'Alter ». Selon ces derniers, cette élaboration a pour conséquence de considérer la représentation non pas seulement comme une simple idée qu'un groupe se fait d'un objet mais aussi comme un produit impliquant le savoir d'un autrui susceptible d'avoir un point de vue différent. En d'autres mots, la représentation peut être également perçue en tant que produit de synthèse d'idées parfois opposées au sujet d'un objet; un produit

dialogique tout court. Cet aspect n'est pas suffisamment fouillé dans les études sur le phénomène. Mais il importe d'admettre que malgré son attrait intellectuel, cette perspective reste difficile à être opérationnalisée méthodologiquement, en tout pour le moment (Moliner et Guimelli, 2015).

Soulignons, d'autre part, que ces différentes orientations théoriques traduisent plutôt la complémentarité qu'elles ne s'opposent entre elles (Moliner et Guimelli, 2015). Aussi, renseignent-ils que Moscovici (1961) l'a voulu ainsi en donnant plusieurs définitions complémentaires à la notion de représentations sociales et inscrivant de ce fait, l'étude du phénomène dans le cadre d'un courant de pensée et d'un espace de structuration des savoirs plutôt que dans un cadre théorique rigide, étroit et borné. Et puisque les modèles théoriques approfondissent l'un ou l'autre aspect du phénomène (Moliner et Guimelli, 2015), l'on peut en fonction des objectifs spécifiques de recherche, faire une utilisation souple des méthodes qui en découlent soit en les combinant ou soit les utiliser de façon isolée (Negura, 2006). Dans le cadre de cette thèse, nous faisons le choix de combiner plusieurs approches théoriques pour des raisons expliquées dans les prochaines lignes.

2.3 Choix et justification des approches théoriques mobilisées dans cette thèse

Les travaux empiriques validant les prétentions des orientations théoriques démontrent qu'une représentation sociale est une entité constituée, dotée d'une structure interne et ancrée dans un contexte spécifique. Elle est donc « un ensemble organisé de cognitions relatives à un objet, partagées par les membres d'une population homogène par rapport à cet objet » (Flament, 1994) cité par Negura (2006, p :2-3) qui postule que...

[...] selon cette définition, il existe trois niveaux d'interférence possible des représentations sociales avec le discours qui est l'objet de l'analyse de contenu : le niveau du

contenu (cognitions ou éléments), le niveau de la structure (ensemble organisé) et le niveau des conditions de production (qui et dans quel contexte produit l'énoncé). Pour observer le fonctionnement des représentations sociales, les techniques d'analyse de contenu utilisées peuvent être déployées à ces trois niveaux.

En d'autres mots, l'observation du fonctionnement d'une représentation sociale passe par le repérage de ses constituants notamment de ceux qui donnent sa signification à la représentation et l'étude de son ancrage sociologique c'est-à-dire la manière dont elle s'intègre dans le contexte social. Rappelons que cette recherche vise essentiellement à apporter un nouvel éclairage à la persistance de la famille nombreuse chez les femmes et les hommes vivant en couple marié à travers leurs représentations sociales de l'enfant et de la planification familiale; et à leur rapport à la négociation de l'usage contraceptif au sein du couple. Pour ce faire, les éléments centraux c'est-à-dire les plus significatifs de chaque représentation seront identifiées et décrits. Nous allons, par ailleurs, étudier la façon dont des sous-groupes de l'échantillon se sont approprié chaque représentation en fonction de leurs expériences et contextes sociaux.

En définitive, la symbolique de l'enfant et de la planification familiale identifiée dans cette étude permettrait de mieux saisir les interactions sociales à propos de la fécondité au Bénin. Cette finalité renvoie à l'orientation sociogénétique à laquelle nous associons l'approche structurale et celle sociodynamique pour affiner la recherche. D'autre part, l'approche sociogénétique structurée autour de l'étude des représentations sociales en tant que système de significations pour comprendre les interactions des individus et des groupes avec leur environnement social (Moliner et Guimelli, 2015), place clairement le chercheur dans la posture compréhensive.

En effet, Charmillot et Seferdjeli (2002) indiquent que la *démarche compréhensive* amène le chercheur à produire des connaissances sur son objet d'étude à partir des *savoirs concrets* des acteurs sociaux. Or les *savoirs concrets* des acteurs sociaux

peuvent être des représentations faites d'*opinions*, d'*attitudes* et de *stéréotypes* (Moscovici, 1961). Aussi, Charmillot et Seferdjeli (2002, p. 189) font-elles remarquer que « *la technique méthodologique la plus indiquée pour réaliser le travail de construction propre à la perspective compréhensive est l'entretien de recherche* ». Dans la même veine, Abric (1994) estime que les productions discursives permettent d'accéder aux représentations sociales. Cela est d'autant justifié que les représentations sociales « *circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels et spatiaux* » (Jodelet 2003, p. 48). Au total, la démarche compréhensive peut être utilisée dans l'étude des représentations sociales. Nous y recourons, donc, pour répondre aux questions spécifiques de recherche suivantes :

- Quelles sont les opinions qui traversent le discours des Béninois mariés au sujet de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement ?
- Quels sont les éléments les plus significatifs du contenu de la représentation sociale de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement ?
- En quoi les savoirs représentationnels varient-ils chez les répondants et qu'est-ce qui justifie cette variation au sein du groupe étudié ?
- Quels sont les éléments qui incitent ou nuisent à la discussion conjugale en matière de contraception médicale et en quoi ceux-ci jouent-ils ces rôles dans le groupe d'étude ?
- En quoi les représentations sociales des objets étudiés et les facteurs intervenant dans la négociation ou l'absence de négociation de l'usage de la contraception médicale dans le couple, laissent-ils savoir davantage au sujet de l'attrait pour la famille nombreuse au Bénin ?

Afin de répondre à ces questions spécifiques de recherche, nous expliquons comment nous y prenons sur le plan méthodologique dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1 Le devis de recherche

Cette étude, avons-nous souligné, s'inscrit dans une démarche compréhensive. Ainsi, pour répondre aux questions spécifiques de recherche, nous réalisons une étude qualitative de type phénoménologique. En effet, la phénoménologie est une approche de recherche inspirée par Husserl (1980) qui considère que les spécificités humaines et les relations qui en découlent, ne peuvent pas être cernées au moyen des méthodes de recherche des sciences naturelles. Selon lui, les êtres humains ne réagissent pas simplement aux stimulus externes. Ils réagissent surtout à leurs perceptions desdits stimulus. Pour cette raison, l'étude des phénomènes qui s'offrent à l'expérience humaine requiert une méthode particulière. C'est pour combler cette attente qu'émergea la phénoménologie (Giorgi, 2012). Aussi, van Manen (1997) souligne-t-il que ladite approche de recherche est destinée à l'étude des expériences vécues par les individus. Et à Giorgi (2012) de compléter que la phénoménologie permet l'étude des phénomènes à partir des expériences vécues et des contenus de conscience c'est-à-dire des savoirs. Aussi, argue-t-il que cette approche a une vocation compréhensive puisqu'elle permet d'accéder aux significations que les individus attribuent à un objet particulier. Or, nous étudions les représentations sociales qui sont d'après Moscovici (1961), des savoirs concrets ou des contenus de conscience reliés à des objets sociaux. Aussi, ces modalités de connaissances régulent-elles quotidiennement les interactions sociales (Jodelet, 1989). Ainsi, l'approche phénoménologique nous permettrait d'appréhender

chez les femmes et les hommes mariés à travers leurs représentations sociales des objets inhérents à la fécondité, les enjeux à l'œuvre dans les comportements de fécondité et de planification familiale au Bénin.

Pour mener à bien cette recherche, nous sélectionnons un échantillon par choix raisonné dont les caractéristiques sont décrites dans la section suivante.

3.2 Les participants : le mode de recrutement et les critères d'inclusion et d'exclusion

Cette étude cible les femmes et les hommes vivant en couple marié. Cependant, pour rendre la démarche méthodologique plus intelligible, nous fournirons des précisions sur la forme de conjugalité visée par la présente recherche. En effet, un couple se fonde sur un projet plus ou moins durable impliquant la sexualité et la recherche de sécurité qui n'existent qu'avec une reconnaissance mutuelle du lien conjugal par les partenaires (Dupré La Tour, 2005). Dès lors, la notion de couple est trop large parce qu'elle regroupe toutes les formes de conjugalités qui ont récemment modifié les fondements du mariage traditionnel consacrant l'union d'une femme et d'un homme (Festy, 2004). Ce que Rault et coll. (2010) qualifient de l'ébranlement de l'idéologie du mariage traditionnel allant jusqu'à la reconnaissance légale d'autres types de couples ou d'unions tels que le concubinage et l'union des personnes de même sexe. Malgré cette grande évolution sociétale de la notion de couple, celle-ci reste plus ou moins facile à cerner dans notre travail de recherche qui porte sur la planification familiale. Rappelons qu'il n'y a d'enjeux de planification familiale que lorsqu'un des conjoints est réellement à risque de grossesse en raison de l'activité sexuelle du couple. Par conséquent, l'union hétérosexuelle est la forme de couple visée par cette recherche. C'est d'ailleurs, ce type de couple qui est socialement habilité à procréer et à éduquer des enfants au Bénin (Donadjè, 1992). On y retrouve plusieurs variétés de couples hétérosexuels qui vont du concubinage aux formes plus codifiées telles que les

mariages civils, religieux et coutumiers (Adjamagbo et coll., 2014). Pour cela, nous définissons dans le cadre de cette recherche le *couple marié comme étant l'union stable d'une femme et d'un homme qui se reconnaissent mutuellement pour époux en raison du caractère civil, religieux ou coutumier de leur union*. Soulignons que cette définition prend en compte la réalité du mariage polygame qui concerne 38 % de femmes et 22 % d'hommes vivant en couple marié au Bénin (INSAE, 2018). Donc, les personnes qui vivent dans une union polygame sont impliquées dans l'étude. Chaque femme qui est dans une relation polygame est considérée et traitée comme étant en couple avec le conjoint indépendamment de ses coépouses. Eu égard à ce qui précède, les personnes recrutées dans cette étude sont des femmes et des hommes volontaires âgés de 18 ans⁴⁴ et plus qui vivent en couple marié selon la coutume, la religion ou à l'état civil au moment de l'enquête. Une seule personne est recrutée par couple sans que son ou sa partenaire conjugal(e) ne soit informé(e) de la recherche. Cette mesure vise surtout à garantir la liberté de parole aux femmes dans le contexte béninois où les décisions en matière de fécondité relève essentiellement de la responsabilité des hommes. De plus, l'étude touche directement à l'intimité des personnes enquêtées. Ce qui constitue une raison supplémentaire pour ne pas informer le membre du couple qui n'y participe pas.

Parmi les volontaires recrutés, certains ne sont plus en âge de procréer. Ces personnes qui sont souvent des grands parents influencent les pratiques et les décisions en matière de reproduction des jeunes couples mariés en raison de leurs expériences et statut social au sein des familles. Ainsi, leurs perspectives sont importantes pour mieux comprendre le phénomène reproductif dans le pays.

⁴⁴ La majorité civile est fixée à 18 ans selon la Loi n° 2015-08 portant code de l'enfant en République du Bénin.

D'autre part, soulignons que les personnes célibataires et celles qui sont mariées et confrontées au problème d'infécondité sont exclues de la recherche. Le recrutement des célibataires pour répondre aux questions dont la plupart porte sur des expériences de vie conjugale telles que les difficultés liées à la négociation de l'usage contraceptif avec le partenaire n'est pas approprié. Aussi, l'exclusion de la recherche des personnes mariées et confrontées à l'infécondité se justifie-t-elle par les implications éthiques de leur recrutement dès lors que la recherche touche au rapport des répondants à la fécondité. La participation à l'étude des personnes en quête de solution à l'infécondité pourrait raviver le souvenir d'expériences douloureuses en raison de l'ostracisme social dont elles font l'objet dans le contexte béninois où la reproduction est un déterminant important du statut social. Or l'éthique de la recherche avec les humains fait obligation aux chercheurs de ne pas faire prendre des risques inutiles aux participants. C'est pour cela que les personnes mariées et ayant des problèmes d'infécondité sont exclues de l'étude. Si celle-ci portait sur l'infécondité, nous devons les y recruter et prévoir des stratégies de mitigation des risques pour les soutenir en cas de problème. Ce qui n'est pas le cas. Il est aussi important de mentionner que les parents mineurs c'est-à-dire âgés de moins de 18 ans au moment de l'enquête, n'y sont pas admis. L'exclusion des parents mineurs se justifie par le fait que l'étude questionne également la parentalité notamment les perceptions des rôles parentaux. Or les parents mineurs ont un rapport à la parentalité qui soulève des problématiques particulières ou spécifiques qui ne sont pas visées par la présente thèse.

Pour entrer en contact avec les volontaires, nous avons mis à contribution des agents de santé notamment des infirmières, des sages-femmes et des relais communautaires intervenant au premier palier du système de santé. Les infirmières et les sages-femmes proposent l'étude aux personnes qui viennent en consultation dans les centres

de santé tandis que les relais communautaires⁴⁵ en font autant dans leurs communautés où ils offrent certaines prestations de santé dont la fourniture des contraceptifs médicaux. Les femmes et les hommes mariés contactés de cette manière sont encouragés à leur tour à parler de l'étude à d'autres personnes. Et celles qui sont intéressées sont mises en contact avec l'équipe de collecte des données, soit notre assistante et nous-même.

Les participants sont inclus dans la recherche en fonction de plusieurs critères socio-démographiques. Plus précisément, nous avons choisi des volontaires qui sont mariés selon la coutume, la religion ou le code civil. Ils vivent tant en milieu rural qu'un milieu urbain dans des foyers monogames et polygames. Aussi, avons-nous pris en compte les pratiques religieuses dans le recrutement. Pour cela, les participants sont recrutés en fonction de leur appartenance déclarée aux grands courants religieux du pays notamment le culte vodoun⁴⁶, le christianisme et l'islam. Leur attitude au sujet de la contraception médicale notamment l'approbation ou le rejet de la pratique et leur littératie sont également pris en compte dans le recrutement. Au total, nous avons pu recruter et inclure dans l'étude une trentaine de personnes.

Le processus de recrutement repose sur le principe de saturation théorique qui est atteinte selon Pires (1997), lorsque la collecte des données ne fait plus apparaître de nouveaux éléments susceptibles d'éclairer davantage l'objet à l'étude. Notons que les personnes recrutées manifestent une bonne représentativité des femmes et des

⁴⁵ Les relais communautaires sont des personnes désignées par leurs communautés pour renforcer l'accès aux services de santé dans leurs localités. À ce titre, ils fournissent certaines prestations de santé comme la distribution gratuite ou la vente de certains produits/médicaments dans leurs communautés. Dans cette étude, les relais communautaires impliqués sont ceux qui vendent les contraceptifs dans leurs localités.

⁴⁶ Vodoun : constellation de divinités considérés comme des intermédiaires, des messagers ou des intercesseurs des humains auprès de l'Être Suprême qui est physiquement inaccessible. C'est aussi l'ensemble des cultes et des rites destinés à ces divinités.

hommes vivant en couple marié au Bénin. En d'autres mots, les femmes et les hommes mariés selon la coutume, la religion ou à l'état civil sont recrutés en milieu rural et en milieu urbain. Ils vivent dans des foyers monogames et polygames et sont de la catégorie des personnes lettrées et illettrées, qui approuvent et rejettent la contraception médicale. Elles déclarent la croyance au culte chrétien, musulman et vodoun. À l'exception d'une femme qui est enceinte au moment de l'enquête, tous les répondants sont parents. Cette représentativité sociologique des participants est à distinguer de la représentativité statistique qui ne devrait pas être visée dans une recherche qualitative dont les résultats n'ont pas vocation à être généralisés. Les traits sociodémographiques des participants sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 3.1 – Caractéristiques sociodémographiques des répondants

CARACTÉRISTIQUES		SEXE	
		Femme	Homme
Nombre (30 participants)		21	9
Lieu de résidence	Urbain	14	5
	Rural	7	4
Type de ménage	Polygame	5	4
	Monogame	16	5
Attitude envers la contraception médicale	Rejet	14	7
	Approbation	7	2
Nombre d'enfants	≥ à 4 enfants	11	7
	< à 4 enfants	10	2
Niveau d'étude	Sans instruction et niveau primaire	11	4
	Secondaire	6	2
	Universitaire	4	3
Religion	Christianisme	12	7
	Islam	2	0
	Vodoun	7	2
Âge	18 – 29 ans	6	5
	30 – 39 ans	11	1
	≥ 40 ans	4	3

Le déséquilibre numérique qu'on observe entre les différents sous-groupes n'est pas intentionnel. Il traduit plutôt la difficulté de recruter des volontaires dans certains sous-groupes. Une situation due au fait que l'étude touche à des tabous liés à la fécondité et à l'intimité des enquêtés. Avant d'amorcer l'enquête, nous avions prévu de recruter un échantillon très équilibré dans sa diversité et avons travaillé ardemment à cet objectif. Malheureusement, nous n'avons pas pu le réaliser. Cependant, en dehors du sous-groupe des hommes confessant la foi musulmane, nous avons pu recruter des répondants dans tous les autres sous-groupes bien que le nombre varie d'un sous-groupe à l'autre. Notons que le déséquilibre le plus frappant est observé entre le nombre de femmes et d'hommes, entre le nombre de répondants confessant la foi musulmane et les autres confessions religieuses ainsi que le nombre de participants provenant du milieu urbain et rural. Soulignons également que nous avons rencontré des difficultés pour recruter les hommes car ceux-ci estiment que l'objet de recherche relève de la compétence des femmes qui seraient plus indiquées pour répondre à nos questions. En ce qui concerne les personnes vivant en milieu rural, elles sont plus réticentes à évoquer les questions liées à la famille, à la fécondité et à la vie privée. Au demeurant, nous n'avons pas une explication particulière à la faible participation des musulmans étant donné que les aspects abordés (enfant, contraception médicale, avortement, parentalité, dialogue conjugal autour de la contraception...) au cours de la collecte des données suscitent des interrogations et des controverses dans toutes les confessions religieuses. Pourtant, le nombre de participants est relativement important chez les adeptes de vodoun et les chrétiens. Tous les volontaires qui avaient accepté de participer à l'étude y sont restés jusqu'au bout.

Afin de faciliter notre collaboration avec les agents de santé pour le recrutement des volontaires, nous avons sollicité et obtenu une autorisation écrite du ministre de la santé (annexe 2) avant de nous rendre dans les centres de santé. La sélection des

participants a été faite dans plusieurs régions notamment à Abomey-Calavi, dans le plateau d'Abomey et à Parakou avec l'appui des agents de santé et des relais communautaires.

Plus précisément, dans la ville d'Abomey-Calavi, nous travaillions avec les responsables des maternités de Calavi centre et d'Akassato. Ces agents de santé nous ont mis en contact avec quatre relais communautaires qui vendent les contraceptifs dans leurs localités. Dans la ville d'Abomey, le recrutement des participants a été possible grâce aux responsables des maternités de Détohou, de Hounli, d'Adandokpodji et de Zounzonmè. De même à Parakou, les responsables de la maternité de Tourou et de la clinique Boundarou ont contribué au recrutement des participants. Toutes les personnes ayant contribué au recrutement des participants ont été briefées sur les objectifs de la recherche et les profils des volontaires attendus. Soulignons que l'utilisation des agents de santé des centres de santé périphériques et des relais communautaires a été très utile pour le recrutement des volontaires en raison de leur bonne connaissance du terrain de recherche. Par exemple, les relais communautaires ont permis d'identifier facilement les personnes qui rejettent ou approuvent la contraception médicale dans leurs localités. Et ce parce qu'ils y vendent les contraceptifs médicaux et connaissent le rapport à la pratique contraceptive des membres de leurs communautés respectives.

Finalement, les données ont été collectées auprès de femmes et d'hommes volontaires qui vivent en couple marié à l'aide de méthodes et techniques de recherche dont nous rendons compte dans la section suivante.

3.3 La collecte de données : les instruments et procédés et les difficultés de terrain

Pour explorer les représentations sociales, il faut savoir où et comment les identifier. À ce sujet, Jodelet (1989) indique une piste précise. Selon l'auteure, les représentations sociales circulent dans les discours et sont portées par les mots. De même, Abric (1994) argue que les discours rendent compte du phénomène représentationnel. Donc, l'étude des représentations sociales requiert également l'accès aux discours des individus ou des groupes d'individus. Or Moliner et coll. (2002, p. 55) arguent que « *l'entretien est une technique souvent utilisée pour collecter les discours exprimant les opinions, les croyances, les idées et les attitudes concernant divers objets sociaux. Il permet l'accès in vivo des représentations de la population au moment de l'étude par la collecte d'informations personnalisées* ». Pour cette raison, nous avons collecté les données au moyen d'entrevues semi-dirigées individuelles auprès des personnes qui remplissent les critères d'inclusion de l'étude et ayant accepté d'y participer volontairement.

3.3.1 L'entrevue semi-dirigée individuelle

Cette technique de collecte de données, soit l'entrevue semi-dirigée est « une interaction verbale animée de façon souple par un chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui d'une conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec le questionné » affirme Savoie-Zajc (2009, p. 340). Autrement dit, l'entrevue semi-dirigée permet de capter les discours des interviewés. De ce fait, cette technique de recherche est éminemment adaptée à la collecte des données aux fins d'étudier les représentations sociales. De même, soulignons que les discours sont une excellente

source d'exploration du fait représentationnel parce que l'on y identifie ce que Moscovici (1961) nomme les deux mécanismes de formation des représentations sociales c'est-à-dire l'objectivation ou la façon dont les objets représentés s'intègrent en tant que termes de la réalité, d'une part ; et l'ancrage ou la manière dont ces derniers parviennent à constituer, exprimer et interpréter la réalité sociale ; d'autre part. C'est pour cela que nous avons choisi l'entrevue semi-dirigée individuelle comme méthode de collecte des données auprès des répondants.

Pour la phase opérationnelle de collecte des données, nous avons recruté pour nous adjoindre, une assistante de recherche expérimentée dans les entrevues sur les problématiques de santé sexuelle et reproductive. Avant le démarrage de la collecte des données, nous avons demandé à l'assistante de recherche de compléter la formation en éthique de la recherche avec les êtres humaines conformément à l'énoncé de politique des trois conseils EPTC2 2018⁴⁷. Le certificat de validation de la formation de l'assistante de recherche est en annexe 3. Notons que l'assistante de recherche a été recrutée pour s'occuper de la collecte des données auprès des femmes en vue de leur faciliter la prise de parole d'une part ; et de mitiger les difficultés et risques inhérents aux tabous sociaux et sexuels relatifs à la fécondité, d'autre part. Finalement, cette précaution s'est révélée peu utile parce que les femmes que nous avons prises en entrevue en l'absence de l'assistante empêchée en raison de l'accident de la voie publique de sa sœur, n'ont manifesté aucune gêne et ont été plus volubiles que les hommes lors des conversations.

⁴⁷ Formation en éthique de la recherche avec les êtres humains selon la politique (EPTC2 2018) éditée par les trois Conseils à savoir : le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, l'Institut de recherche en santé du Canada, <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/education/tutorial-didacticiel/>.

Après avoir identifié des volontaires pour participer à l'étude, comme le suggère Savoie-Zajc (2009), nous avons eu un premier contact physique avec eux. Nous les avons rencontrés grâce aux agents de santé et aux relais communautaires qui les identifiaient. Au cours de cette rencontre, nous avons réexpliqué à chaque candidat à l'étude, les objectifs de la recherche, les thèmes à aborder, la durée probable de l'entrevue, l'intention et l'importance d'enregistrer la discussion, les aspects éthiques ainsi que nos attentes de sa participation. Ensuite, nous choisissons le moment et le lieu de l'entrevue en fonction de la disponibilité et les préférences de l'intéressé. Enfin, nous lui remettons le formulaire de consentement (voir annexe 4) s'il est capable de le lire aux fins de signature le jour de l'entrevue. Notons que la moitié des répondants n'est pas en mesure de lire le formulaire de consentement. Les modalités pratiques de prise de consentement auprès de ce sous-groupe sont précisées plus loin. Aussi, faut-il souligner que nous prenions soin de notifier à chaque participant à l'étude son entière liberté de s'y retirer à tout moment sans préjudice ou avoir à s'expliquer.

À la veille du jour retenu pour la tenue de l'entrevue, nous discutons au téléphone avec le volontaire pour confirmer sa disponibilité avant d'aller au rendez-vous. Dans la plupart des cas, l'entrevue a lieu dans une formation sanitaire surtout avec les femmes qui pratiquent la contraception à l'insu de leurs époux. Celles-ci choisissent cet endroit pour l'entrevue en raison de la confiance qu'elles placent dans les services de maternité qui accompagnent discrètement leur désir de planification familiale.

À l'entame de la séance au jour de l'entrevue, nous demandions au répondant de signer le formulaire de consentement après nous être assuré qu'il a bien compris son contenu. Cependant, la moitié de l'échantillon est faite de personnes ayant une littératie faible ou nulle. Pour celles-ci, nous prévoyions prendre un consentement oral dans un enregistrement vidéo mais aucun des participants n'avait accepté ce mode opératoire malgré les assurances que nous donnions au sujet de la

confidentialité des données collectées. Pour contourner cette grande difficulté, nous proposons que lesdits participants prennent un engagement de participer librement à l'étude dans un message oral enregistré au début de l'entrevue. Cette méthode approuvée par tout le monde avait été utilisée pour prendre le consentement des personnes concernées. L'enregistrement de la déclaration orale de consentement intervient juste avant la collecte des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques et après un rappel des objectifs de l'étude, des aspects éthiques et des modalités pratiques de l'entrevue par l'enquêteur. Les entrevues qui étaient faites au domicile l'avaient été en l'absence du partenaire conjugal de la personne questionnée.

Pendant l'entrevue, les thèmes tels que la vie familiale, les connaissances et pratiques en matière de planification familiale et la négociation conjugale en matière de contraception ont été abordés. L'entrevue est précédée d'un questionnaire qui documente le portrait sociodémographique du répondant. Celle-ci avait été conduite au moyen d'un guide qui servait d'aide-mémoire mettant l'emphase sur les points essentiels à aborder pendant la conversation avec le répondant. Soulignons qu'avant la collecte des données à proprement parler, nous avons testé et ajusté les outils de collecte de données auprès de six personnes des deux sexes, sélectionnées en milieu rural et urbain dans la commune d'Abomey.

Les entrevues avaient été réalisées pendant la période courant du 21 février au 28 mars 2018. Avec le consentement des participants, elles avaient été enregistrées sur bande audio pour être transcrites, traitées et analysées. Quant au délai, les entrevues duraient quarante (40) à soixante-onze (71) minutes avec une moyenne de cinquante-trois (53) minutes. À la fin de chaque entrevue, nous remercions le participant de sa contribution à l'étude avant de prendre congé de lui. Le questionnaire portant sur les données sociodémographiques et le guide d'entrevue sont en annexe 5 et 6. Aussi, avons-nous tenu un journal de recherche dans lequel nous consignons les faits

marquants des travaux de terrain aux fins d'enrichir la description et surtout la compréhension de notre objet de recherche.

3.3.2 Le journal d'enquête

Pendant la collecte des données, nous avons tenu un journal de bord. Ce document prit plusieurs formes. Au verso du questionnaire qui renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques du répondant, nous prenions note des événements marquant le déroulement de chaque entrevue. Aussi, avons-nous tenu un registre des faits généraux qui intervenaient pendant l'activité de collecte des données ainsi que le calendrier des entrevues. En effet, le journal de bord est utile en ce qu'il permet au chercheur de mentionner des informations qui lui paraissent pertinentes et d'être réflexif pendant la recherche (Savoie-Zajc, 2004). Ainsi, ce document nous a permis d'enrichir la description des caractéristiques spécifiques des répondants par des détails tels que les contextes émotionnels ayant caractérisé les discours des répondants. En outre, le journal de bord nous avait permis de tenir l'agenda des entrevues et de recenser les difficultés rencontrées sur le terrain.

3.3.3 Difficultés rencontrées pendant la collecte des données

Pendant notre séjour au Bénin, deux difficultés importantes sont intervenues dans le travail de collecte des données. La première est relative à l'obtention de l'approbation éthique locale dont les démarches ont été amorcées depuis le Canada. Les raisons associées à cette difficulté sont amplement exposées plus loin dans la section consacrée aux aspects éthiques de la recherche.

La seconde difficulté a trait à l'attitude des relais communautaires impliqués dans le processus de recrutement des volontaires. Plus précisément, certains de ces agents de

santé communautaires avaient conditionné leur travail d'identification des volontaires ainsi que l'implication de ceux-ci dans l'étude à une incitation financière. Rappelons que l'intervention des relais communautaires dans le processus de recrutement des participants a été très appréciée. Néanmoins, nous ne pouvions pas les payer de même que les volontaires identifiés pour participer à l'étude. D'ailleurs, l'aspect relatif à l'incitation financière concernant leur implication dans l'étude a été ouvertement discuté avec eux avant le lancement des activités d'identification des volontaires. Pour ce qui concerne les volontaires, la question de compensation financière a été abordée dans le formulaire de consentement et discutée avec chacun d'eux. En bref, nous leur avons dit clairement qu'il n'était pas indiqué de payer ni les volontaires ni les relais communautaires qui avaient permis de les identifier. De plus, l'incitation financière n'a jamais été une condition d'implication des acteurs dans la recherche. Malheureusement, la question de l'incitation financière avait ressurgi au premier jour des entrevues. Selon certains relais communautaires, l'incitation financière pour participer à la recherche va de soi. Avec le recul, nous comprenons que le fait de présenter la lettre d'autorisation du ministre de la santé pour justifier le caractère officiel de l'activité de collecte des données, contribuait à ce malentendu.

En effet, les relais communautaires sont des agents bénévoles qui appuient les centres de santé dans l'accomplissement de leurs missions. Cependant, à des moments donnés, ils reçoivent de petits émoluments grâce à leur implication dans certaines activités des centres de santé. Ainsi, ils avaient dû prendre notre activité de collecte de données pour une mission du ministère de la santé au terme de laquelle, les personnes impliquées doivent toucher une rémunération. Nous leur avons expliqué que ce n'était pas le cas.

Afin d'assurer la qualité de la recherche et de respecter les principes éthiques, les relais communautaires qui avaient subordonné leur travail d'identification des volontaires à une motivation financière n'étaient finalement plus impliqués dans

l'activité de collecte des données que nous avons traitées selon les procédures décrites ci-dessous.

3.4 Traitement et analyse des données

Analyser les données revient à les structurer ou à les organiser de sorte à faire ressortir les informations essentielles du contenu susceptibles de permettre la compréhension de l'objet étudié. À cette étape précise de la recherche, l'on ambitionne de répondre aux questions ou de vérifier les hypothèses de celle-ci. Pour cette raison, Bardin (2013, p. 134) estime qu'avant de choisir une méthode d'analyse : « *Il faut savoir pourquoi on analyse, et l'explicitier, pour savoir comment analyser. D'où, ainsi que nous venons de le voir, la nécessité de préciser des hypothèses, de replacer la technique dans un cadre théorique* ».

Rappelons que notre travail de recherche repose sur le constat selon lequel les femmes béninoises vivant en couple font plus d'enfants qu'elles n'en désirent (INSAE, 2012). De plus, ce phénomène traverse toutes les catégories de femmes sans égard pour la position sociale. Ainsi, en nous fondant sur la théorie des représentations sociales, nous postulons que la « *vision du monde* » des personnes mariées à propos de *l'enfant*, de la *contraception médicale* et de *l'avortement* guident leurs comportements reproductifs. Autrement dit, nous essayons d'appréhender le phénomène de dépassement de l'intention de fécondité à partir des savoirs concrets des femmes et des hommes mariés au sujet de quelques objets sociaux associés à la fécondité. Il s'agit donc d'une recherche qualitative qui documente chez les répondants, les représentations sociales de *l'enfant*, de la *contraception médicale* et de *l'avortement*, d'une part ; et d'étudier la façon dont les composantes de cette symbolique s'agencent entre elles pour interpréter le comportement reproductif ainsi que les conditions de production des discours qui légitiment ce dernier ; d'autre part.

Pour ce faire, l'analyse de contenu se révèle un outil extrêmement pertinent. Selon Negura (2006), la théorie des représentations sociales est historiquement associée à l'analyse de contenu dans la mesure où Moscovici (1961) l'avait utilisée pour étudier la représentation sociale de la psychanalyse. Aussi, Negura (2006) précise-t-il que l'utilisation de l'analyse de contenu par Moscovici dans son œuvre princeps sur les représentations sociales, n'est pas un choix méthodologique hasardeux parce que la *communication* est l'objet d'étude de cette méthode de recherche. Cette remarque est sensée eu égard aux définitions suivantes :

- Selon le fondateur de la méthode notamment Berelson (1952) repris par Raymond (1968, p. 167), l'analyse de contenu est « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste d'une communication ».
- Pour sa part, Bardin (2013, p. 42) souligne que l'analyse de contenu est un « ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant par des procédures systématiques et objectives de description de contenu des messages ».

Ces deux définitions montrent clairement que l'analyse de contenu a vocation d'étudier la communication. Or selon Moscovici (1961), la *communication*, l'objet d'étude de l'analyse de contenu eu égard aux définitions précédentes, est le principal processus de formation des représentations sociales. De plus, celles-ci fournissent le matériel qui alimente et guide la communication sociale (Negura, 2006). C'est dire que l'analyse de contenu est une méthode pertinente pour saisir la dynamique du phénomène représentationnel. Néanmoins, il existe une grande variété d'analyse de contenu à laquelle recourent les chercheurs pour atteindre leurs objectifs de recherche

(Dany, 2016, p. 8)⁴⁸. Pour les besoins de cette thèse, nous avons recours aux modalités d'analyse de contenu telles que l'analyse catégorielle thématique et l'analyse des relations. Avant d'y revenir, nous allons évoquer les procédures de traitement du matériel recueilli auprès des répondants.

3.4.1 Les procédures de traitement des données

Avant l'analyse des données, avec l'aide du logiciel Express Scribe, nous avons transcrit intégralement toutes les entrevues semi-dirigées individuelles enregistrées sur bande audio. Soulignons que la transcription des données avait été réalisée comme le suggère Rioufreyt (2016). En effet, selon ce chercheur, la transcription d'une entrevue de recherche vise essentiellement à restituer les propos de l'interviewé de manière :

- Fidèle : c'est-à-dire en ne trahissant pas son propos, en ne commettant pas de contre-sens et en ne confondant pas transcription et analyse.
- Compréhensible pour le lecteur et, a fortiori, pour l'analyste.
- Respectueuse du répondant : c'est-à-dire en respectant ses droits, parfois en ne transcrivant pas certains passages comme il l'a demandé, etc.

⁴⁸ Bardin (1998) distingue par exemple *l'analyse catégorielle* (classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement d'après des critères) ; *l'analyse de l'évaluation* (mesure des attitudes du locuteur à l'égard d'objets au sujet desquels il s'exprime), *l'analyse de l'énonciation* (analyses logique et séquentielle) ; *l'analyse propositionnelle* du discours (variante de l'analyse thématique qui vise à identifier l'univers de références en se concentrant sur la structure argumentative qui exprimerait les enjeux et actions des acteurs sociaux) ; *l'analyse de l'expression* (par exemple, centration sur l'analyse des indicateurs formels : indicateurs lexicaux, stylistique, enchaînement logique, agencement séquentiel, structure narrative) ; *l'analyse des relations* (par exemple, analyse sur les relations que les éléments entretiennent entre eux ; analyse des cooccurrences, analyse structurale, analyse du discours et du récit). Mucchielli (1991) distingue quant à lui *les méthodes logicoesthétiques et formelles* (par exemple, analyse stylistique, analyse de la communication entre plusieurs personnes, analyse de discours et des procédés de discours), *des méthodes d'analyse sémantiques et structurales* (par exemple, analyse des connotations, analyse thématiques et sémiques, analyse sémantique conceptuelle, analyse structurale du récit symbolique).

Lorsque nous terminions la transcription des entrevues, les *verbatim* avaient été soumis à l'analyse catégorielle thématique avec RQDA⁴⁹, un logiciel de la famille des Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS). En fait, RQDA est un logiciel libre d'analyse des données qualitatives qui fonctionne dans une fenêtre autonome à partir du langage de programmation R⁵⁰. Plus précisément avec le logiciel RQDA, nous avons procédé au codage ou à la catégorisation des *verbatim*. Rappelons que selon Holsti (1969), le codage ou la catégorisation représente « *le processus par lequel les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu* ». Pour le réaliser, nous adoptons une approche ouverte et inductive qui ne nécessite pas au préalable la définition d'une grille d'analyse (Andreani et Conchon, 2015). Selon ces derniers, la grille d'analyse apparaît au cours du processus de codage. Ainsi, comme le suggèrent Paillé et Mucchielli (2012), nous avons fait une analyse thématique qui consiste à réduire et à synthétiser le matériel transcrit en un certain nombre de codes, soit de thèmes qui traduisent des informations essentielles du corpus. Soulignons que pour Paillé et Mucchielli (2012, p. 242), le thème « *est un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos* ».

De manière pratique, dans un premier temps, nous avons lu les *verbatim* ligne par ligne en affectant les unités sémantiques repérées à des sous-catégories correspondant à des idées de base. De nouvelles sous-catégories avaient émergé à mesure que nous

⁴⁹ CAQDAS: Acronyme anglais qui désigne la famille des logiciels destinés à faire l'analyse des données qualitatives assistée par ordinateur, <https://fr.wikipedia.org/wiki/RQDA>.

⁵⁰ R est un langage de programmation et un logiciel libre destiné aux statistiques et à la science des données soutenu par la *R Foundation for Statistical Computing*, [https://fr.wikipedia.org/wiki/R_\(langage\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/R_(langage)).

progressions dans le codage. Ensuite, celles-ci avaient été comparées entre elles et regroupées en fonction de leur similitude dans des catégories plus englobantes dans une dynamique de synthèse des données que Strauss et Corbin (1998) appellent le codage axial. Aussi, devons-nous dire que les critères de qualité des catégories, évoqués par Aktouf (1987) sont respectés dans le processus du codage des données. Selon celui-ci, dans une approche de codage ouvert, les catégories élaborées par le chercheur doivent posséder les quatre qualités suivantes :

- Exklusivité : les catégories doivent être mutuellement exclusives. Ainsi, il ne doit pas avoir de chevauchement entre elles.
- Exhaustivité : les catégories doivent être collectivement exhaustives. Cela suppose que toute unité signifiante du corpus doit être recasée dans une catégorie.
- Évidence : la clarté des catégories doit permettre à tout analyste de pouvoir classer les mêmes éléments dans les mêmes catégories.
- Pertinence : les catégories doivent avoir un rapport direct avec les objectifs de recherche. En clair, elles doivent contribuer à la compréhension du phénomène étudié.

Au terme du processus de codage, nous parvenons à une grille d'analyse faite de plusieurs catégories que nous regroupions dans les thèmes tels que *le désir d'enfant et les finalités de la procréation ; la parentalité et ses enjeux et la planification familiale et la négociation de la pratique contraceptive entre partenaires conjugaux*. Les données ainsi traitées sont analysées selon les modalités suivantes.

3.4.2 Modalités d'analyse des données

L'analyse des données qualitatives correspond au temps de la recherche où le chercheur se questionne sur la signification contenue dans les données collectées

(Savoie-Zajc, 2004). Aussi, Andreani et Conchon (2015) arguent-ils que c'est l'étape où l'on décrit le matériel recueilli pour en étudier la signification. Pour ce faire, comme nous l'indiquons plus haut, nous optons pour l'analyse catégorielle de type thématique. Celle-ci est particulièrement appropriée pour l'analyse des discours dans le cadre de l'étude des représentations sociales (Garnier et Doise, 2002). Ceux-ci estiment que l'analyse thématique renseigne de manière particulière sur les mécanismes de formation des représentations sociales en l'occurrence *l'objectivation* et *l'ancrage*. L'activation des catégories pendant le codage, précisent-ils, met en lumière l'habillage sémantique de la représentation sociale à travers les substantifs et les adjectifs qui sont utilisés dans les discours et démontre dans quelle mesure celle-ci acquiert des aspects instrumentaux grâce aux verbes employés. Ainsi, l'analyse de contenu permet d'appréhender la représentation sociale car *l'objectivation* révèle les termes utilisés pour nommer les objets représentés tandis que *l'ancrage* renseigne sur la façon dont ceux-là parviennent à constituer et à interpréter les comportements des individus et des groupes (Moscovici, 1961). C'est dire que l'analyse thématique permet d'accéder au contenu des représentations sociales (Negura, 2006). Celles-ci sont faites d'opinions, d'attitudes et de stéréotypes (Moscovici, 1961). En outre, Moscovici postule qu'en tant que modalité de pensée sociale, la représentation sociale est simultanément un constituant (*processus*) et un constitué (*contenu*). Dès lors, elle symbolise aux yeux d'Abric (1987, p. 64) « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* ». Ce qui laisse supposer que l'étude d'une représentation sociale s'attellerait à identifier son *produit*, c'est-à-dire son contenu afin de mieux comprendre le *processus* qui s'y rattache.

Le contenu des représentations sociales est d'autant important que « la représentation sociale fonctionne pour une activité collective. Et sa pertinence pour le groupe social réside dans son contenu. Donc, une représentation sociale sans contenu constitue un oxymore » (Bauer et Gaskell, 1999, p. 175).

Pour cette raison, Dany (2016, p. 1) souligne que tout chercheur qui étudie la représentation sociale doit d'abord se poser cette question fondamentale : « *quel est le contenu de la représentation de l'objet que je souhaite étudier c'est-à-dire de quels éléments la représentation est-elle constituée ?* ». Aussi, rajoute-t-il qu'à cette question majeure, suivront rapidement d'autres qui sont autant essentielles telles que :

- Comment s'organise ces éléments ?
- Dans quelle mesure témoignent-ils de l'existence de phénomènes psychosociaux ?
- Quelles significations portent ces éléments ?
- En quoi ces significations témoignent-elles de l'inscription et de la participation sociale des individus et des groupes ?
- De quelle manière ces contenus peuvent nous renseigner sur les rapports sociaux et la texture historique des savoirs sociaux ?

Ce questionnement indique clairement que les représentations sociales sont loin d'être des entités inertes, absolues et neutres. Celles-ci constituent « *Un ensemble organisé de cognitions relatives à un objet, partagées par les membres d'une population homogène par rapport à cet objet* » (Flament, 1994, p. 37). Aussi, ces connaissances prescrivent et justifient-elles les comportements des individus et des groupes, indique (Abric, 1994).

Au regard de cette définition, Negura (2006) estime que pour mieux comprendre les représentations sociales, il faudrait focaliser l'étude de ce phénomène sur son contenu, sa structure interne et les conditions de production des discours.. En bref, nous estimons que l'étude d'une représentation sociale pourrait porter minimalement sur *l'identification de son contenu significatif et l'étude de son ancrage sociologique*. D'autre part, on sait depuis le travail fondateur de Moscovici (1961) que le fait représentationnel a un véritable ancrage sociologique. Or l'ancrage sociologique exprime

le lien entre les savoirs profanes portés par les individus et leurs position sociales, remarque (Doise, 1992). Aussi, l'appropriation desdits savoirs est-elle consubstantielle à l'appartenance de groupe. Autrement dit, les traits sociologiques des individus s'associent à des expériences spécifiques qui affectent leur appropriation des représentations sociales (Negura, 2006). Ce qui suppose que la représentation sociale d'un objet peut varier d'un groupe social à un autre. Par exemple, le fait d'être villageois, d'être instruit ou d'appartenir à un groupe social spécifique confère une certaine *vision du monde* qui joue indubitablement dans l'acceptation et l'utilisation des savoirs représentationnels. Il n'y a donc pas de conformisme social qui ne soit traversé pas une variété de nuances individuelles (Durkheim, 1898). Les identités sociales ou les appartenances de groupe sont fondamentales pour comprendre la signification des discours. Les discours des individus sont, donc, intrinsèquement liés à leurs profils sociologiques.

En définitive, l'étude de l'ancrage sociologique des représentations sociales ambitionne d'expliquer le lien entre les caractéristiques individuelles et les discours. Pour y parvenir, Negura (2006) suggère une méthode d'analyse en deux temps. Premièrement, on recherche et on établit des logiques de discours au sein du *verbatim*. Et dans le second temps de l'analyse, l'on identifie les traits spécifiques des répondants qui revendiquent une logique discursive particulière avant d'expliquer pourquoi ceux-ci portent un tel discours.

Eu égard à ce qui précède, l'analyse des données que nous avons collectées pour étudier les représentations sociales de *l'enfant*, de la *contraception médicale* et de *l'avortement* en vue de comprendre les comportements reproductifs des personnes mariées au Bénin, doit s'employer à :

- Identifier les éléments constitutifs des savoirs de sens communs attribués à chaque objet représentationnel dans le matériel discursif.

- Étudier la structure des éléments constitutifs pour en déduire les plus significatifs dans chaque représentation sociale.
- Mettre les discours des répondants en perspective avec leurs traits sociologiques et expliquer le lien entre savoirs profanes et caractéristiques sociodémographiques des personnes qui les portent.

3.5 Considérations éthiques

Notre projet de recherche reçut l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant les êtres humains (CERPE 4 : sciences humaines, <https://cerpe.uqam.ca/les-comites/cerpe-4/>) de la faculté des sciences humaines de l'Université du Québec À Montréal (UQAM). Il s'agit de l'approbation éthique n° 2138 en date du 21 septembre 2017 (voir annexe 7). Rappelons que nous avons évoqué précédemment dans les difficultés relatives au travail de terrain, l'impossibilité d'avoir l'approbation éthique locale. Avant d'entrer au Bénin pour amorcer la collecte des données, nous avons tenté en vain de faire examiner notre protocole de recherche par un organe habilité. La raison de cette situation est qu'au moment où nous voulions introduire la demande d'approbation éthique en l'occurrence au dernier trimestre de l'année 2017, le comité national d'éthique pour la recherche en santé (CNEERS) ne recevait plus de nouvelles demandes au motif qu'il était surchargé par les demandes en instance et ne pouvait plus recevoir de nouvelles demandes jusqu'à nouvel ordre. L'information postée sur le site internet du comité d'éthique a été confirmée au téléphone. Pour contourner cette difficulté, nous avons entrepris de demander l'avis éthique d'un comité institutionnel notamment celui de l'institut des sciences biomédicales appliquées (ISBA) de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Celui-ci aussi n'était pas fonctionnel à l'époque parce qu'on avait renouvelé ses membres et les nouveaux n'étaient pas encore installés. Prenez note qu'il n'y a que deux comités d'éthique dans le pays. C'est ainsi qu'avant de

collecter les données, nous avons écrit à la direction de la mère et de l'enfant du ministère de la santé qui avait demandé de déposer aux fins d'examen, un dossier sur le projet de recherche. Ce dossier avait été étudié et le ministère de la santé nous avait délivré une autorisation écrite pour collecter les données.

D'autre part, il faut noter que les participants étaient recrutés à plusieurs endroits notamment au Sud, au Centre et au Nord du pays. Aussi, sont-ils désignés par des pseudonymes pendant l'exploitation des *verbatim* pour illustrer les résultats de recherche. Toutes choses qui renforcent la confidentialité des données. Les répondants n'étaient soumis à aucune pression. Tous avaient participé volontairement à l'étude. Par exemple, lorsque les répondants ayant une faible littératie avaient refusé de consentir oralement leur participation à l'étude dans un enregistrement vidéo parce qu'ils ne pouvaient pas lire et signer leur formulaire de consentement, nous avons respecté leur décision. Et pour contourner cette difficulté, nous leur avons proposé de reprendre l'explication du contenu du formulaire de consentement dans la langue locale fon qu'ils comprennent très bien avant de prendre leur consentement oral enregistré à l'entame de l'entrevue juste avant les questions portant sur les données sociodémographiques. Cette modalité de prise du consentement retenue d'accord parties étaient appliquée à la satisfaction de tout le monde.

Nous avons pris des dispositions pour garantir la liberté de parole notamment aux femmes qui pratiquent la contraception à l'insu de leurs conjoints en les entretenant dans des centres de santé où elles se sentent plus en sécurité. L'opportunité de réfléchir sur son expérience en matière de fécondité et de participer à une recherche qui pourrait contribuer à améliorer les services de planification familiale étaient les arguments utilisés pour susciter la participation. Toutes les personnes impliquées dans l'étude étaient informées de leur droit d'y rester ou d'y renoncer à tout moment sans aucun problème. Dans le souci d'accroître le niveau de respect des règles éthiques, nous avons demandé à l'assistance de recherche de signer un engagement à la confi-

dentialité (voir annexe 8) en plus de la formation sur l'éthique de la recherche impliquant les êtres humains portant conformément à l'énoncé de politique des trois conseils (EPTC-2). Somme toute, nous avons pris ces dispositions pour assurer le respect des règles éthiques de la recherche impliquant les êtres humains en l'occurrence la confidentialité, la sécurité et le traitement juste et équitable des participants.

Notre choix méthodologique étant développé, le moment est arrivé d'exposer les réponses qu'il apporte aux questions spécifiques de recherche c'est-à-dire quels sont les opinions, les attitudes et les stéréotypes qui traversent le discours des Béninoises et des Béninois vivant en couple marié au sujet de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement ? Quels sont les éléments les plus significatifs de la représentation sociale de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement ? En quoi les savoirs représentationnels varient-ils chez les répondants et qu'est-ce qui justifie cette variation au sein du groupe d'étude ? Quels sont les éléments qui incitent ou nuisent à la négociation conjugale de l'usage de la contraception médicale et en quoi ceux-ci jouent-ils ces rôles selon les répondants ? En quoi les représentations sociales des objets étudiés et les facteurs intervenant dans la négociation ou l'absence de négociation de l'usage de la contraception médicale entre les conjoints, expliquent-ils la fécondité élevée chez les personnes vivant en couple marié au Bénin ? Les réponses que l'analyse des données apportent à ce questionnement fait l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans la problématique de recherche, nous indiquons que cette thèse vise essentiellement à comprendre la fécondité élevée chez les Béninois mariés et ce, à travers leurs représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement ainsi que les facteurs incitatifs et les obstacles à la négociation de l'usage de la contraception médicale au sein du couple.

Pour ce faire, nous adoptons sur le plan méthodologique l'approche qualitative en collectant les données auprès des répondants au moyen d'entrevue semi-dirigée individuelle. Cette technique nous a permis d'accéder au sens que les répondants attribuent à l'enfant, à la contraception médicale et à l'avortement; et d'identifier les facteurs influençant la négociation ou à l'absence de négociation de l'usage de la contraception médicale au sein du couple marié.

Dans ce chapitre où nous restituons les résultats des travaux de recherche, nous mettons en lumière les significations contenues dans les données à l'aide des *thèmes* et des *sous-thèmes* identifiés tout en respectant notre modèle d'analyse qui vise simultanément la découverte du contenu représentationnel, de sa structure et des conditions de production des discours sur les objets étudiés. Pour ce faire, nous présentons les résultats de nos travaux en trois sections. Ainsi, nous dédions la première partie de ce chapitre à la description de la vision générale de l'enfant et de ses fonctions sociales chez les répondants. Nous y abordons aussi l'image spécifique

de l'enfant selon le sexe et les rôles sociaux qui s'y rattachent. Dans la deuxième partie, nous présentons une autre symbolique de l'enfant consubstantielle aux enjeux liés à la parentalité notamment aux difficultés et préoccupations inhérentes au statut de parent. La dernière partie est consacrée à la description de l'image de la contraception médicale et de l'avortement ainsi que des facteurs incitatifs ou les obstacles à la négociation de la pratique contraceptive médicale au sein du couple marié. Aussi, avons-nous mis en perspective, dans cette partie, les discours des répondants avec leurs caractéristiques sociodémographiques avant de tenter une explication à la relation entre les traits sociologiques des répondants et leurs perceptions. Cependant, avant de réaliser la tâche ainsi décrite, nous allons présenter brièvement le corpus d'étude en exposant les caractéristiques générales et spécifiques des répondants.

4.1 Description du corpus d'étude

Le corpus d'étude est fait de trente (30) entrevues semi-dirigées individuelles réalisées auprès de femmes et d'hommes vivant en couple marié au Bénin. Ce corpus présente assez de contrastes en termes de traits sociodémographiques. Les entrevues sont réalisées chez des personnes mariées des deux sexes qui vivent tant en milieu urbain qu'en milieu rural et recrutées dans des foyers de type monogame et polygame. Aussi, proviennent-elles de personnes instruites et non instruites qui utilisent ou rejettent la contraception médicale. Leur niveau de scolarité varie de la non-instruction aux études universitaires. Les critères de recrutement prennent aussi en compte les croyances et pratiques religieuses. À cet effet, les répondants sont choisis en fonction de l'appartenance déclarée aux principaux courants religieux du pays en l'occurrence le christianisme, l'islam et l'animisme. Plus précisément, les personnes recrutées dans l'étude présentent des caractéristiques générales et spécifiques que nous décrirons dans les lignes suivantes.

4.1.1 Caractéristiques générales des participants

Nous avons réalisé l'analyse des données sociodémographiques des répondants avec la version 7.2.2.6 du logiciel Epi info⁵¹. Dans un premier temps, celles-ci sont saisies dans un fichier Microsoft Excel 97-2003 (.xls). Ensuite, le fichier est importé dans le logiciel Epi info où les données sont analysées avec les fonctions *Fréquences* et *Moyennes*. Les résultats de l'analyse indiquent que les femmes représentent 70 % des répondants dont 30 % vivent dans un foyer polygame. Aussi, la plupart des répondants, soit près des deux-tiers vivent-ils en milieu urbain. Soulignons que 67 % des participants désapprouvent l'usage de la contraception médicale au moment de l'enquête. Chez les répondants qui pratiquent la contraception, les comportements contraceptifs les plus importants sont la continence périodique et l'usage de condom et concernent respectivement 27 % et 17 % d'entre eux. Par ailleurs, chacun des produits et méthodes tels que les implants, la pilule, le coït interrompu et la tisane est utilisé par 10 % des répondants tandis que l'usage des autres méthodes est dérisoire dans l'échantillon.

Sur le plan éducatif, la moitié des répondants relèvent de la catégorie des non instruits et du niveau d'étude primaire alors qu'un peu plus du quart, soit 27 % ont le niveau secondaire et 23 % détiennent un diplôme universitaire. Quant aux croyances religieuses, une grosse majorité de 70 % des répondants se déclarent chrétiens. C'est seulement 7 % et 23 % d'entre eux qui se définissent respectivement comme musulmans et animistes.

⁵¹ Epi Info : logiciel d'analyse statistique destiné à l'épidémiologie et développé aux États-Unis par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies.

Par ailleurs, la population d'étude est relativement jeune. L'âge des répondants varie de 19 à 55 ans avec une moyenne de 35 ans. Le tiers des répondants est recruté dans la tranche d'âge des 30-34 ans. Près du quart, soit 23 % d'entre eux sont âgés d'au moins 40 ans tandis que 20 % proviennent de la tranche d'âge des 35-39 ans. Pour ce qui est du nombre d'enfants, il varie de 0 à 12 avec une moyenne de 4. Le tiers des répondants, soit 33 % ont au moins 5 enfants à la date de l'enquête.

4.1.2 Caractéristiques spécifiques des participants

Dans cette partie, nous présentons un bref portrait de chaque répondant. Notons que les noms attribués aux répondants sont fictifs et garantissent la confidentialité. Ce descriptif de portrait évoque l'âge, le sexe, la religion, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, la profession ainsi que le type de foyer où vit le répondant. Aussi, le descriptif porte-t-il sur la fécondité désirée et réelle, le positionnement du répondant par rapport à la contraception médicale et sa pratique contraceptive au moment de l'enquête. Par ailleurs, nous rapportons aussi la manière dont le répondant envisage la suite de sa vie reproductive c'est-à-dire s'il désire poursuivre ou arrêter la procréation et les raisons qui sous-tendent son choix. Le Tableau 4.1 mis à la fin de la section renseigne sur les profils sociodémographiques des répondants.

Badoussi

Badoussi est un homme âgé de 44 ans. Il est dignitaire du culte Vodoun et habite en milieu urbain où il exerce son métier de menuisier. Il n'est pas instruit et est père monogame de quatre enfants. Ce traditionaliste n'a pas de but reproductif et s'en remet à la providence quant à la taille de son ménage. Il rejette d'emblée la contraception médicale en raison de ses effets secondaires et compte poursuivre la reproduction parce qu'il aura besoin dans sa vieillesse, selon ses propos, d'un jeune

enfant pour prendre la relève des activités culturelles dont il est lui-même dépositaire. Son couple planifie les grossesses par l'usage d'une tisane.

Assiba

Assiba est une femme de 28 ans. Elle est de croyance chrétienne et habite en milieu rural où elle tient un modeste commerce de divers qui bat de l'aile au moment de l'enquête. Elle n'est pas instruite et vit dans un foyer monogame. Avant d'entrer en couple, elle voulait avoir quatre enfants. Elle en a six maintenant et rejette la contraception médicale pour ses effets indésirables. Elle ne veut plus de grossesse supplémentaire en raison des difficultés matérielles de son couple. Accablée par ses effets délétères, elle a dû laisser la pilule pour faire sa contraception de limitation des naissances avec le coït interrompu.

Bognon

Bognon est un jeune homme de 24 ans. De confession chrétienne, ce maçon de profession vit en milieu rural avec son épouse et ses enfants. Il n'est pas instruit et souhaite avoir cinq enfants avant de se marier. Actuellement, il en a trois et désire un enfant supplémentaire. La cherté de la vie semble réduire son ambition en matière de fécondité mais il pourrait avoir les moyens d'entretenir quatre enfants, nous confie-t-il. Aussi, ajoute-t-il que pour contourner les difficultés de la famille nombreuse tout en ayant une sexualité épanouie sans craindre une grossesse inattendue, son couple décide de planifier les grossesses par l'usage d'un contraceptif injectable. Son dernier enfant n'a pas été planifié.

Dossi

Dossi est une femme de 39 ans. Elle fréquente assidûment l'église catholique depuis le bas âge. Cette pâtissière de niveau d'étude secondaire vit dans un foyer monogame

en milieu urbain. Avant son mariage, elle était très fascinée par la famille de petite taille. Elle voulait avoir un garçon et une fille mais ce souhait ne restera qu'un rêve. Aujourd'hui, son ménage est fort de quatre filles en raison du désir permanent d'enfant de sexe masculin qui obsède le couple depuis sa constitution. Dans son discours, elle se résout à la « *sentence divine* » concernant sa fécondité. Toutefois, elle laisse entrevoir une certaine incompréhension voire une amertume par rapport à la situation. Pour le moment, elle ne veut plus d'un autre enfant et souhaite orienter son énergie vers d'autres projets. Elle évite la grossesse au moyen d'une double protection faite de l'usage du stérilet et du préservatif masculin.

Vihoutou

De confession catholique et âgée de 32 ans, Vihoutou est une couturière qui vit en milieu rural dans un foyer monogame. Elle est mère de cinq enfants au lieu de quatre souhaités avant le mariage. Cette femme sans instruction ne veut plus porter une autre grossesse en raison des problèmes de moyens financiers de son ménage. Elle croit dans la contraception médicale et pratique au moment de l'enquête une contraception de limitation de naissance au moyen de contraceptifs injectables. Son dernier enfant est issu d'une grossesse qui surprit le couple.

Khoué

Quadragénaire et de foi catholique, Khoué habite en milieu rural. Elle travaille dans la restauration et élève ses quatre enfants dans un ménage polygame. Première épouse de son conjoint, elle voulait avoir quatre enfants avant de se marier. Elle a pu réaliser son intention de fécondité grâce à la contraception médicale et au recours fréquent à l'avortement. Bien qu'elle ne soit pas instruite, cette femme est une féministe aux fortes convictions. Elle croit beaucoup dans la contraception médicale et dans l'avortement pour planifier les naissances. Elle pense que l'avortement est un droit des

femmes et s'en sert à souhait. « *J'ai déjà avorté à maintes reprises pour me venger de mon mari parce que celui-ci est devenu polygame après notre mariage* » se félicite-t-elle. Elle souligne que depuis l'arrivée de sa coépouse, elle ne veut plus d'enfant supplémentaire en raison de l'incapacité de son époux d'assumer correctement les dépenses familiales. Néanmoins, son discours laisse penser qu'elle aurait pu aller au-delà de sa fécondité actuelle si son époux était resté monogame. Pour éviter une autre grossesse, elle s'est fait installer le stérilet contre l'avis de son époux.

Alougba

Alougba est âgée de 26 ans. Elle enseigne les sciences naturelles dans les lycées et collèges. Primigeste, cette chrétienne conservatrice vit en ville dans un foyer monogame. Elle rejette toute forme de contraception médicale du fait des effets secondaires qui s'y associent et de sa foi religieuse. Selon cette croyante, la contraception médicale est une pratique abortive et le meilleur moyen d'éviter une grossesse non souhaitée est la continence périodique. D'ailleurs, elle ne pratique que cette méthode pour prévenir une grossesse imprévue.

Sessi

De confession chrétienne, Sessi est une trentenaire qui vit en milieu rural avec son époux et ses deux enfants. Elle n'est pas instruite et désirait faire quatre enfants avant son mariage. Coiffeuse de profession, elle rejette la contraception médicale en raison de ses effets nocifs en l'occurrence la prise de poids et la perturbation du cycle menstruel. Elle n'utilise aucune contraception médicale au moment de l'enquête. D'ailleurs, sa dernière grossesse n'a pas été planifiée. Aussi, souhaite-t-elle poursuivre la procréation pour atteindre son intention de fécondité. Sessi pense que son couple possède les moyens d'entretenir quatre enfants. Elle pratique la contraception d'espacement des naissances au moyen du coït interrompu.

Adjoua

Adjoua est une primipare âgée de 23 ans. Elle vit en ville avec son homme et sa fille. Elle a fini ses études secondaires avec le baccalauréat en poche. Toutefois, cette jeune femme au discours nataliste semble se donner la vocation de mère au foyer. Elle se plaît bien dans son actuel rôle de ménagère. Opposante aux méthodes anticonceptionnelles médicales, cette catholique tient fermement à faire au moins cinq enfants. « *Les enfants sont un don de Dieu* » se réjouit-elle. D'ailleurs, à l'en croire, la contraception médicale est nuisible pour la santé des femmes. Elle pratique l'abstinence périodique pour repousser la prochaine grossesse. Son unique grossesse a été désirée et elle compte poursuivre la reproduction en raison de son amour pour les enfants.

Djognissou

Djognissou est institutrice de profession. Âgée de 40 ans, elle vit en milieu urbain avec son époux et ses trois enfants. Elle a dû arrêter de procréer parce qu'elle n'arrive pas à concilier ses exigences professionnelles et maternelles. Elle travaille loin de sa résidence et affirme que ses enfants souffrent trop de son absence. Son garçon, nous narre-t-elle avec beaucoup d'émotion, garde aujourd'hui une séquelle permanente due à une chute dont sa première domestique en est la responsable. Pour remédier à ses difficultés, Djognissou entreprit la contraception d'espacement des naissances au moyen d'injections et en garde de très mauvais souvenirs. Ainsi, elle laisse le contraceptif hormonal pour adopter la continence périodique. Son dernier enfant a été une naissance souhaitée. Elle ne veut plus d'enfant supplémentaire mais son conjoint essaie de la convaincre de porter une dernière grossesse.

Sèhouè

Sèhouè est une ménagère de la trentaine qui vit dans un foyer polygame en milieu rural. Elle n'est pas instruite et croit dans le culte Vodoun. Ayant cinq enfants au moment de l'enquête, elle souhaitait pourtant en avoir moins avant sa mise en couple. Actuellement, elle pratique à l'insu de son époux, la contraception de limitation des naissances à l'aide d'implants. Elle prit cette résolution en raison de ses difficultés matérielles et surtout de l'attitude de son époux par rapport à sa dernière grossesse. Surprise par celle-ci, son mari ne voulut rien savoir de la grossesse et l'enjoignit d'avorter immédiatement. Par peur d'y perdre sa vie, Sèhouè ignora les conseils de son époux. Cette décision lui coûta l'isolement durant toute la période gestationnelle et la prise en charge intégrale des frais médicaux inhérents à la grossesse. À l'accouchement, elle s'est fait poser les implants sans consulter son conjoint.

Gbessin

Maçon de profession, Gbessin est un quinquagénaire qui vit en milieu rural. Ce polygame qui revendique la foi chrétienne est aussi un homme assez prolifique. Père de dix enfants, il dit ne rien comprendre de la notion du nombre idéal d'enfants. Selon lui, c'est Dieu qui donne les enfants. Cependant, il approuve la pratique contraceptive du fait des difficultés financières de son ménage. Il opte pour la contraception de limitation des naissances et incite ses deux épouses à y recourir. Néanmoins, la continence périodique est sa principale pratique contraceptive. Le dernier enfant né dans son ménage a été une naissance souhaitée. Par ailleurs, ses propos montrent que Gbessin hésite encore entre l'arrêt de la procréation et le désir d'enfant supplémentaire de sa deuxième et jeune épouse. Si cette dernière tient à son projet, Gbessin pourrait continuer de se reproduire.

Dansi

Dansi est une trentenaire de croyance animiste. Elle a deux enfants et vit en milieu rural dans un ménage monogame. Elle n'est pas instruite et affectionne la famille nombreuse. Néanmoins, elle est pragmatique dans ses choix de vie. Ainsi, elle conditionne sa prochaine grossesse à l'amélioration des conditions matérielles de son couple. Elle désire un autre enfant mais la grossesse ne fait pas partie de ses projets immédiats. Pour cela, elle pratique la contraception d'espacement des naissances avec l'usage clandestin de la pilule malgré l'opposition de son mari aux méthodes médicales. Dansi n'est pas ignorante des effets nuisibles de la contraception médicale mais pour le moment, elle s'en contente sans aucun problème. D'ailleurs, sa dernière grossesse a été planifiée.

Houénagnon

Houénagnon est une femme âgée 55 ans. Elle vit en milieu urbain dans un foyer polygame. Adeptes du culte Vodoun, cette femme sans instruction est mère de huit enfants alors qu'elle n'en ait pas voulu autant avant son mariage. Elle se méfie énormément de la contraception médicale en raison des effets délétères rapportés par ses proches. Durant sa vie féconde, elle a planifié ses naissances avec une infusion dont elle loue, sans retenue, les vertus. Cette tisane, rassure-t-elle, est un contraceptif efficace et préserve la fertilité féminine tandis que la contraception médicale conduit à la stérilité. Pourtant, elle a été surprise par plusieurs grossesses. Elle est aujourd'hui une grand-mère dévouée aux soins de ses petits-enfants.

Assogba

De foi animiste, Assogba est un citoyen âgé de 35 ans. Monogame et père de cinq enfants, ce comptable de niveau universitaire a dépassé son intention de fécondité. Cette situation, nous dit-il, est due au désir d'enfant de sexe masculin par son couple après

la naissance de plusieurs filles. Finalement, le couple a eu le nombre de garçons désiré et décide d'arrêter la procréation. Toutefois, Assogba rejette la contraception médicale surtout les substances hormonales en raison de leur nocivité. Son couple pratique la contraception de limitation des naissances avec le condom. Aussi, avertit-il que son couple recourait à l'avortement au cas où il serait surpris par une autre grossesse.

Kpossou

Kpossou est un homme sans instruction âgé de 30 ans. Il vit en milieu rural où il exerce le métier de soudeur. Il revendique la foi chrétienne avec ses deux épouses qui comptent déjà quatre enfants. De plus, sa seconde épouse est enceinte au moment de l'enquête. Pourtant, il désire poursuivre la reproduction pour atteindre une dizaine d'enfants en raison de son histoire particulière. Fils unique, Kpossou perd sa mère au vingt-unième jour de sa naissance. Cette histoire l'a beaucoup affecté. Et il veut prendre sa revanche sur la vie au moyen de la procréation. Avoir une famille nombreuse est une obligation pour lui, nous dit-il. Il argue avoir fait ce choix pour honorer la mémoire de sa défunte mère mais il a déjà des difficultés pour régler les factures de son ménage. Il a dû abandonner la contraception médicale après une courte expérience de sa seconde conjointe qui a eu des ennuis de santé avec les implants. Au moment de l'enquête, il ne veut plus s'engager dans la contraception médicale. Mais il reste lucide sur les implications financières de la famille nombreuse. Il pratique la continence périodique pour ajourner la prochaine grossesse.

Comlan

Comlan est professeur des lycées et collèges. Trentenaire, il est père de trois enfants et vit avec sa famille en ville. L'homme est un chrétien conservateur qui critique sévèrement et désapprouve la contraception médicale et l'avortement. Son couple avait été surpris par la dernière grossesse alors qu'il ne voulait plus d'enfant

supplémentaire en raison de la cherté de la vie. Pour remédier à la situation, le couple s'engage dans la continence périodique qui lui paraît efficace et moins coûteuse en termes financier et de risques sanitaires.

Tchègnon

Tchègnon est une femme catholique sans instruction. Âgée de 35 ans, elle réside en ville avec ses cinq enfants. Avant de se marier, elle souhaitait avoir quatre enfants répartis équitablement entre les deux sexes. Elle rejette la contraception médicale et planifie ses naissances au moyen du coït interrompu. L'usage des contraceptifs médicaux, affirme-t-elle, est un choix risqué pour une piètre efficacité. Elle exemplifie ses propos par un témoignage concernant son amie qui est tombée enceinte sous les implants. Sa dernière grossesse a été voulue. D'ailleurs, elle attendait énormément de celle-ci pour apaiser la tension familiale. Elle était harcelée de toutes parts pour avoir accouché de quatre filles. Enfin, « *le cinquième essai fut le bon* » dit-elle avant d'évoquer dans un large sourire, la naissance de son garçon. La naissance du garçon fit baisser la tension de son entourage mais ce lyrisme collectif fondé sur la représentation sociale de l'enfant de sexe masculin semble vite céder sa place aux regrets chez Tchègnon. Ainsi, elle évoque sa responsabilité de mère avec des inquiétudes. « *[...] si Dieu ne nous aide pas, nous ne pouvons pas aider nos enfants à devenir des adultes responsables* » se lamente-t-elle à la suite de la question portant sur le désir d'enfant supplémentaire. Elle en a assez de la maternité.

Ablavi

Catholique, Ablavi a 29 ans et revend des denrées alimentaires. Elle n'est pas instruite et vit dans un foyer monogame en milieu rural. Elle a trois enfants et le dernier a été planifié par le couple qui désirait un garçon supplémentaire. Elle ne croit rien de la propagande contraceptive dans les médias. Ablavi se fie plutôt aux discours

des femmes qui ont une expérience de la contraception médicale. Elle rejette celle-ci en raison des effets délétères rapportés par ses amies. Néanmoins, elle planifie ses naissances à l'aide d'une méthode traditionnelle à base de sel de cuisine. Elle apprend cette technique contraceptive de sa mère. La méthode consiste à enfermer dans un bocal étanche, une serviette hygiénique usagée imprégnée de sel de cuisine. Ensuite, l'on dépose le bocal dans un lieu sûr. Ainsi, la femme se protège de tout risque de grossesse tant que le contenant reste fermé, nous dit-elle.

Dossou

Dossou est un fermier de 50 ans. Il a complété les études secondaires et vit en milieu rural. L'homme est polygame tout en confessant la foi chrétienne. Ses épouses totalisent douze enfants et n'en veulent plus. Toutefois, elles n'ont pas accès aux contraceptifs parce que leur conjoint s'y oppose. Dossou a une vaste connaissance des effets secondaires des contraceptifs médicaux et s'en méfie beaucoup. D'ailleurs, il conte avec force détails, les mésaventures de son meilleur ami dont la femme est devenue stérile après une expérience contraceptive. Fasciné par la famille nombreuse depuis son jeune âge, il en expérimente aujourd'hui les méfaits. Il raconte que ses ressources s'amenuisent tandis que les dépenses contraintes augmentent en raison du coût de scolarité de ses enfants dont la plupart étudient en ville. Pour éviter une autre grossesse, il recourt au condom qui affecte, d'après lui, la qualité de ses rapports sexuels.

Gnonmi

Trentenaire, Gnonmi enseigne dans les collèges et vit en ville dans un foyer monogame. Mère de trois enfants, cette évangélique se méfie de la contraception médicale. D'ailleurs, elle n'est pas trop volubile dans la conversation sur le sujet. Néanmoins, elle a évoqué quelques effets nocifs de ladite pratique. Elle a planifié sa dernière grossesse et atteint par le fait, son intention de fécondité. Gnonmi ne veut

plus d'enfant supplémentaire et fonde son choix sur le coût relatif à l'entretien des enfants. Elle pratique la continence périodique pour se mettre à l'abri de la grossesse.

Ahouéfa

De foi chrétienne et à peine majeure, Ahouéfa est une coiffeuse non instruite qui habite en milieu rural. Elle a épousé un homme monogame. Cette primipare qui désire trois enfants supplémentaires a déjà un discours analytique sur la procréation malgré son jeune âge. Elle ne fait pas la contraception médicale. Selon elle, cette pratique est controversée et cause d'énormes ennuis de santé. D'ailleurs, elle a planifié sa grossesse sans avoir besoin d'y recourir. Pour y arriver, elle pratique la continence périodique à partir du douzième jour de ses menstrues. Elle désire poursuivre la procréation pour atteindre quatre enfants, nous raconte-t-elle.

Fifamè

Fifamè est une chrétienne sans instruction âgée de 37 ans. Elle vit en ville avec un homme qu'elle a épousé en secondes noces. Elle a trois enfants de son premier mariage. Elle n'utilise pas les contraceptifs médicaux car elle a souvent des difficultés de conception. Au moment de l'entrevue, elle souffre d'une stérilité secondaire qui l'agace parce qu'elle désire ardemment avoir un enfant avec son nouveau conjoint. Avec ce dernier, elle vit le grand amour et ne supporte plus sa situation d'infécondité. Elle nous confie que l'arrivée d'une grossesse lui ferait profiter davantage de sa nouvelle vie de couple. Lorsque ses enfants sont en bas-âge, elle pratique la contraception d'espacement à l'aide de la méthode d'allaitement maternel et d'une infusion. Sa dernière grossesse a été désirée.

Sotoudé

Âgé de 38 ans, Sotoudé est un polygame de niveau d'étude secondaire. Il confesse la foi chrétienne et vit en ville. Père de trois enfants, ce coiffeur ne croit pas dans les vertus de la contraception médicale. Selon lui, les contraceptifs médicaux sont dangereux pour la santé. Il déplore l'attitude des autorités qui distribuent gratuitement des contraceptifs dont les effets secondaires sont souvent soignés avec une fortune. Ainsi, il propose que lesdits effets soient soignés gratuitement dans les centres de santé publics. Aussi, veut-il poursuivre la procréation en raison de son jeune âge, nous dit-il. La continence périodique est sa méthode contraceptive de choix. Son dernier enfant est l'aboutissement d'une grossesse inattendue.

Fagbè

Diplômé d'université en droit et instituteur de profession, Fagbè est un animiste âgé de 39 ans. Il vit en milieu urbain avec sa famille de quatre enfants. Il dit que son épouse n'utilisera jamais un contraceptif hormonal à cause de ses effets nocifs. Né dans un foyer polygame et fils unique de sa mère, il est astreint à procréer, affirme-t-il. D'après son discours, il doit enfanter pour se protéger des risques existentiels et valoriser l'arbre généalogique du côté de sa mère. Avant son mariage, il désire avoir une famille nombreuse. Au moment de l'enquête, ce rêve est compromis par ses conditions matérielles. Néanmoins, il désire avoir un autre enfant si ses conditions de vie s'améliorent. Dans son couple, la grossesse est repoussée au moyen de la continence périodique. Son dernier enfant a été une naissance non planifiée.

Dakossi

Dakossi est diplômé d'université et exerce le métier d'infirmier. À 45 ans, cet homme de foi catholique a quatre enfants. Il en voulait davantage avant de se mettre en couple. À titre personnel, nous confie-t-il, il ne conseillerait pas l'usage des

contraceptifs médicaux dont il doute de l'innocuité. Néanmoins, son épouse en fait usage en raison de la modicité des revenus du couple qui choisit d'arrêter la procréation. Le dernier-né de la famille a été une naissance souhaitée.

Folakè

Folakè a 32 ans. Diplôme de maîtrise en poche, elle s'installe à son compte en ouvrant un restaurant. Elle vit en milieu urbain avec son homme épousé en secondes noces. Elle est animiste et mère d'une fille issue du précédent mariage. Folakè est une féministe assumée qui est très prudente vis-à-vis des contraceptifs médicaux eu égard à ses expériences. Elle avait saigné sous les implants. Elle serait contente d'avoir un enfant supplémentaire pour compléter son désir de fécondité, nous dit-elle. Le condom est son contraceptif de choix. Dans tous les cas, Folakè ne gardera jamais une grossesse non souhaitée. Elle a une posture libérale par rapport à l'avortement et en souhaite la légalisation pour que tout le monde y accède en cas de besoin.

Rachida

Rachida est une musulmane proche de la quarantaine. Remariée à un homme polygame, cette couturière instruite habite en ville. Au total, elle a 6 enfants dont quatre du premier mariage. Rachida a un récit de vie poignant et le raconte avec grande émotion dans la voix. Sa vie est affectée par diverses tribulations. Avant de se marier, elle voulait trois enfants. Après les avoir avec son premier mari, elle prit la résolution d'arrêter de procréer mais son entourage familial l'obligea de poursuivre pour avoir au moins un enfant de sexe masculin. Pour contenter son mari, elle s'exécuta et se retrouva avec une quatrième fille. Finalement, les mésententes l'ont amenée à quitter ce monogame pour épouser un homme polygame. Là aussi, elle doit confirmer sa féminité par l'épreuve de la maternité. Elle a eu sa première grossesse qui aboutit à la naissance d'un garçon. Puis de son propre chef, elle décida d'en faire

un autre aux fins de lui épargner le sort de fils unique au sein de sa fratrie consanguine nombreuse. C'est ainsi que naquit le second garçon qui porta sa descendance à 6 enfants au lieu des 3 voulus avant le mariage. Dès ce moment-là, Rachida prit son destin en mains en recourant à la contraception médicale malgré le désir d'enfant supplémentaire de son nouvel époux. Discrètement, elle prend la pilule sans tenir compte des prêches anti-contraception de l'iman, nous dit-elle. Si c'est à reprendre, elle ne dépasserait jamais trois enfants quoi que cela lui coûterait, regrette-t-elle les yeux chargés de larmes et de tristesse. À la question portant sur le désir d'enfant supplémentaire, elle a été catégorique « *Non, je suis fatiguée [...]. Je dois chercher à m'occuper des enfants qui sont là. Sinon, ils vont souffrir autant que moi* ». Elle connaît les risques associés à l'utilisation des contraceptifs médicaux. Néanmoins aucun risque n'est assez dissuasif pour qu'elle accepte une grossesse supplémentaire, conclut-elle.

Akouavi

Trentenaire, Akouavi est mère de cinq enfants et habite en milieu urbain. Elle confesse la foi catholique. Elle ne travaille pas quoiqu'ayant complété les études secondaires. Akouavi est une nataliste assumée qui ne tarit pas d'éloges sur la famille nombreuse. Elle en rêvait avant sa mise en couple. Pourtant, son discours laisse entrevoir qu'elle ne dépasserait pas sa fécondité actuelle. Elle assujettit sa prochaine grossesse au changement de son train de vie. En mettant le cap sur son intention de fécondité, elle reste alerte sur les conditions matérielles de son foyer et se protège par la contraception médicale. D'ailleurs, elle ne se fait pas conter l'histoire des contraceptifs. « *Moi, j'ai essayé tous les contraceptifs et je peux ne pas avoir les menstrues des mois durant. Et quand les menstrues arrivent, elles durent longtemps avant de finir. La contraception fait perdre beaucoup de sang alors que les agents de santé sont démunis face à ses effets secondaires. Actuellement, je suis sous les implants et je n'ai pas mes menstrues et je sens des malaises. Je ne suis pas allée au*

centre de santé pour en parler parce que les sages-femmes n'y peuvent rien. Donc, je prends mon mal en patience. Le seul avantage de la contraception est d'éviter les grossesses non désirées » revendique-t-elle avant de signaler son désir d'abandonner les produits hormonaux pour la continence périodique.

Fousséna

Résidant en milieu urbain, Fousséna est une aide-soignante de niveau d'étude secondaire. De foi musulmane, cette trentenaire a un enfant avec son conjoint polygame. Elle affectionne la famille nombreuse et voulait faire 5 enfants avant de se marier. Cependant, ce rêve est pondéré par ses contraintes professionnelles. Ainsi, Fousséna recourt à la pilule pour ajourner la prochaine grossesse. Elle souhaite poursuivre la reproduction sans avoir une idée précise de la suite des événements. De plus, elle souhaite amoindrir son exposition à une grossesse imprévue en abandonnant la pilule pour se faire installer le stérilet.

Tableau 4.1 – Quelques caractéristiques sociodémographiques des répondants

ID des participants	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Type d'union	Lieu de résidence	Religion	Nombre d'enfants
Badoussi	H	44	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu urbain	Animiste	4
Assiba	F	28	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu rural	Chrétien	6
Bognon	H	24	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu rural	Chrétien	3
Dossi	F	39	Secondaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	4
Vihoutou	F	32	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu rural	Chrétien	5
Khoué	F	47	Non instruit-Primaire	Polygame	Milieu rural	Chrétien	4
Alougba	F	26	Universitaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	0
Sessi	F	31	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu rural	Chrétien	2
Adjoua	F	23	Secondaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	1
Djognissou	F	40	Secondaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	3
Sèhouè	F	31	Non instruit-Primaire	Polygame	Milieu urbain	Animiste	5
Gbessin	H	53	Non instruit-Primaire	Polygame	Milieu rural	Chrétien	10
Dansi	F	29	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu rural	Animiste	2
Houénagnon	F	55	Non instruit-Primaire	Polygame	Milieu urbain	Animiste	8
Assogba	H	35	Universitaire	Monogame	Milieu urbain	Animiste	5
Kpossou	H	30	Non instruit-Primaire	Polygame	Milieu rural	Chrétien	4
Comlan	H	30	Universitaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	3
Tchègnon	F	35	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	5

ID des participants	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Type d'union	Lieu de résidence	Religion	Nombre d'enfants
Ablavi	F	29	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu rural	Chrétien	3
Dossou	H	50	Secondaire	Polygame	Milieu rural	Chrétien	12
Gnonmi	F	31	Universitaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	3
Ahouéfa	F	19	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu rural	Chrétien	1
Fifamè	F	37	Non instruit-Primaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	3
Sotoudé	H	38	Secondaire	Polygame	Milieu urbain	Chrétien	3
Fagbè	H	39	Universitaire	Monogame	Milieu urbain	Animiste	4
Dakossi	F	45	Universitaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	4
Folakè	F	32	Universitaire	Monogame	Milieu urbain	Animiste	1
Rachida	F	37	Secondaire	Polygame	Milieu urbain	Musulman	6
Akouavi	F	32	Secondaire	Monogame	Milieu urbain	Chrétien	5
Fousséna	F	31	Secondaire	Polygame	Milieu urbain	Musulman	1

Maintenant, après avoir décrit les caractéristiques sociodémographiques des répondants, nous allons présenter un aperçu général de leur discours.

4.2 Vue d'ensemble du matériel discursif collecté auprès des répondants

L'analyse thématique du discours a permis d'obtenir les thèmes et sous-thèmes présentés dans le Tableau 4.2.

Tableau 4.2 – Répartition du discours en fonction des thèmes ou des catégories thématiques

Thèmes et sous-thèmes		Nombre d'entrevues où une sous-catégorie thématique apparaît	Nombre d'énoncés par sous-catégorie thématique
Thèmes assortis de sous-thèmes de 2 ^{ème} niveau	Sous-thèmes de 1 ^{er} niveau		
1) Vision de l'enfant 247			
a) L'enfant, un moyen de satisfaction des besoins d'appartenance et d'estime de soi des adultes	Protecteur de patrimoine	28	47
	Garant de funérailles	7	11
	Principale possession	8	9
	Honneur	13	15
	Preuve de féminité	5	6
	Bonheur	8	12
	Richesse	3	4
	Obligation humaine	7	8
	Confident	4	4
	Fruit du mariage	3	3
b) L'enfant désiré aux fins de satisfaction des besoins vitaux, de sécurité et de protection pendant la vieillesse	Assurance vieillesse	29	89
	Défenseur des parents	12	15
	Aide domestique	6	7
c) Autres sous-thèmes objectivant l'enfant		13	17
2) Rôles parentaux et symbolique de l'enfant sous-jacente 215			
a) Les préoccupations relatives à la parentalité et la symbolique de l'enfant qui s'y rattache	Dépense	23	37
	Problème	25	53
	Propriété du père	10	10

Thèmes et sous-thèmes		Nombre d'entrevues où une sous-catégorie thématique apparaît	Nombre d'énoncés par sous-catégorie thématique
b) Le rôle de père	Garant des dépenses et de l'ordre familial	28	35
c) Les rôles de mère	Éducatrice aux valeurs morales	12	13
	Garante de la propreté enfant/maison	13	13
	Appui aux dépenses si le père défaille	16	18
	Surveillante des devoirs scolaires	9	9
	Garante de la confection du repas familial	12	13
	Surveillante de la santé des enfants	12	14
3) Vision de la planification familiale et négociation de la contraception dans le couple 338			
a) La contraception médicale, un objet au service du bonheur familial	Planification des naissances	28	35
	Bien-être familial	14	22
	Autonomisation des femmes	6	6
	Protection de la santé maternelle/infantile	6	6
	Vie sexuelle épanouie	5	6
b) La contraception médicale, un objet effrayant et délétère	Peur	4	5
	Risque pour la santé	25	48
	Stérilité	5	8
	Dérèglement du cycle menstruel	14	17
	Dépenses pour les effets secondaires	3	3
c) Autres sous-thèmes objectivant la contraception médicale		9	11
d) Les facteurs incitatifs de la négociation de l'usage de la contraception médicale au sein du couple marié	Usure du corps maternel	16	17
	Enjeux contraceptifs	22	29

Thèmes et sous-thèmes		Nombre d'entrevues où une sous-catégorie thématique apparaît	Nombre d'énoncés par sous-catégorie thématique
	Problèmes de ressources du ménage	16	10
	Approbation de la contraception par le mari	2	2
e) Les obstacles à la négociation de l'usage de la contraception	Timidité de la femme	1	1
	Désintérêt d'un conjoint pour la contraception	1	1
f) Le facteur jouant un rôle mitigé	Atteinte du but reproductif par un époux	1	1
g) L'avortement, un acte délétère et effrayant	Risque pour la santé	9	9
	Mort	17	20
	Stérilité	7	7
	Peur	3	5
h) L'avortement, une pratique antireligieuse divinement punie	Inconduite	11	13
	Meurtre	15	17
	Péché	8	10
	Interdit religieux	8	9
	Problèmes spirituels	6	6
	Destruction de génie	4	6
i) L'avortement, un moyen de contrôle des naissances	Moyen de planification familiale	3	3
j) Autres sous-thèmes objectivant l'avortement		5	5
4) Autres			163

Il ressort du Tableau 4.2 que quatre catégories thématiques émergent de l'analyse des entretiens. D'abord, nous allons observer de manière schématique la répartition du discours en fonction desdites catégories thématiques.

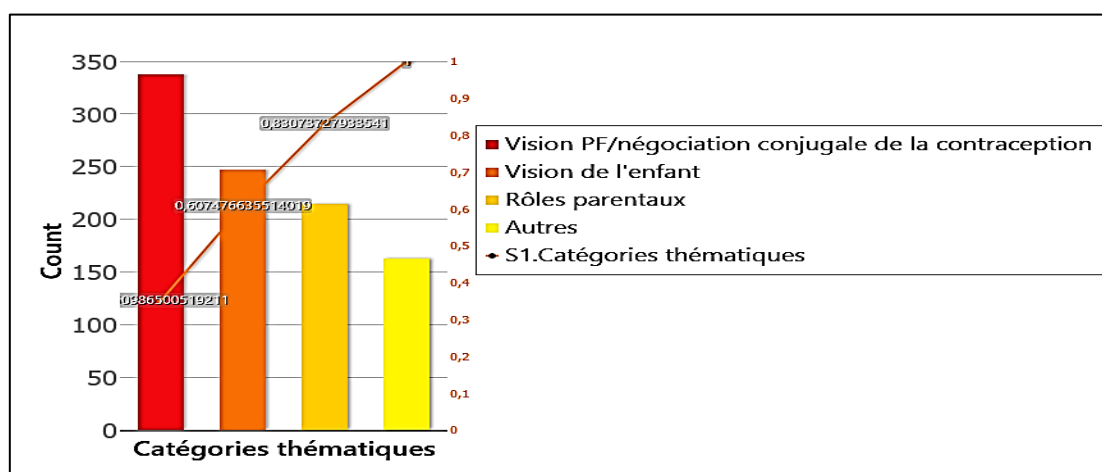


Figure 4.1 – Répartition du discours en fonction des thèmes ou des catégories thématiques

La catégorie thématique axée sur la vision de la planification familiale et les facteurs influençant la négociation de l'utilisation de la contraception médicale dans le couple est la plus représentée. Elle occupe 35 % de l'espace discursif tandis que celles de la vision de l'enfant et des rôles parentaux représentent respectivement 26 et 22 % des unités sémantiques codées. Aussi, les catégories thématiques sont-elles constituées de sous-thèmes. Afin de réaliser nos objectifs de recherche, nous gardons deux niveaux de sous-thèmes que nous appelons les *sous-thèmes de niveau 1* et les *sous-thèmes de niveau 2*. Les seconds sont issus du regroupement des premiers.

D'autre part, rappelons qu'en raison du principe d'exhaustivité collective des thèmes dans le codage inductif ou ouvert, l'ensemble des unités sémantiques ont été codées. Néanmoins, la catégorie « Autres » portant sur 17 % des extraits du discours n'est pas considérée dans la suite de l'analyse. Et ce, parce que les unités de sens qui y sont codées mettent en lumière la vision des répondants au sujet des contraceptifs

médicaux spécifiques tels que le stérilet, les implants, le condom etc. Or l'objectif de cette thèse consiste à décrire la vision générale c'est-à-dire la représentation sociale de la contraception médicale et les facteurs influençant la négociation de son usage dans le couple de même que la représentation sociale de l'enfant et de l'avortement auprès des répondants. Avant d'amorcer cette tâche de description de sens, nous allons identifier le contenu le plus significatif de la représentation sociale de l'enfant, de la contraception et de l'avortement.

4.3 Les éléments constitutifs et la structure de la représentation sociale de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement

Identifier ses éléments constitutifs est une étape majeure dans l'étude d'une représentation sociale. Ainsi, Moliner et coll. (2002) estiment que « *l'analyse de contenu des productions discursives ou textuelles relatives à un objet doit permettre le décodage de ce langage et le repérage des éléments de la représentation de l'objet. Ce travail d'analyse paraît indispensable parce qu'il permet de dépasser la variabilité des discours individuels et donne accès à des significations communes qui sont le fondement même de toute représentation sociale* ». Dans la même veine, Bauer et Gaskell (1999) estiment qu'une représentation sociale sans *contenu* constitue un oxymore dans la mesure où s'y trouve sa pertinence pour les individus ou le groupe. Aussi, la représentation sociale se structure-t-elle en éléments organisateurs, stables et non négociables qui constituent un noyau autour duquel se trouvent des éléments périphériques instables et négociables qui y jouent un rôle de tampon (Abric, 1994). L'auteur rajoute que l'importance des éléments centraux réside dans leur capacité d'organiser et de fournir sa signification à la représentation sociale. En d'autres mots, l'identification des éléments centraux d'une représentation sociale est la condition d'accès au sens que les individus ou le groupe attribuent à l'objet représenté (Moliner, 1994). De plus, pour repérer les éléments centraux d'une représentation sociale, celui-ci indique qu'il faille analyser la fréquence et la

cooccurrence de ses éléments constitutifs. En effet, ce chercheur souligne qu'un élément constitutif de la représentation sociale contribue à générer sa signification lorsqu'il est populaire c'est-à-dire fréquent ou rapporté par un grand nombre d'individus, d'une part ; et lorsqu'il développe plus de relations c'est-à-dire qu'il a plus de collocations⁵² avec d'autres éléments constitutifs de ladite représentation, d'autre part. Dès lors, pour repérer et décrire le contenu le plus significatif de la représentation de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement, nous réalisons l'analyse de fréquence et de cooccurrence de leurs éléments constitutifs.

4.3.1 Analyse de la structure de la représentation sociale de l'enfant

4.3.1.1 Analyse des fréquences des éléments constitutifs de la représentation sociale de l'enfant

Nous avons présenté dans le Tableau 4.2, les *images ou termes* utilisés par les répondants pour décrire l'enfant. Cette symbolique de l'enfant est mise en lumière dans les catégories de la vision de l'enfant et des rôles parentaux. Afin d'assurer la lisibilité de cette partie de l'analyse, nous reproduisons à partir du tableau précédent, celui de fréquence des éléments constitutifs de la représentation sociale de l'enfant.

⁵² Collocation : Association fréquente de deux mots ou de deux unités de sens dans le discours.

Tableau 4.3 – Nombre d’entrevues où apparaît l’énoncé d’une sous-catégorie thématique et nombre d’énoncés par sous-catégorie thématique ; représentation sociale de l’enfant

N°	Sous-thèmes / Éléments constitutifs de la représentation sociale de l’enfant	Nombre d’entrevues où un élément constitutif / sous-thèmes est apparu	Nombre d’énoncés d’un élément constitutif / sous-thèmes
1	Aide domestique	6	7
2	Assurance vieillesse	29	89
3	Bonheur	8	12
4	Richesse	3	4
5	Confident	4	4
6	Défenseur des parents	12	15
7	Dépenses	23	37
8	Fruit de mariage	3	3
9	Garant de funérailles	7	11
10	Honneur	13	15
11	Obligation humaine	7	8
12	Preuve de féminité	5	6
13	Principale possession	8	9
14	Problèmes	25	53
15	Propriété du père	10	10
16	Protecteur de patrimoine	28	47
17	11 autres sous-thèmes objectivant l’enfant	13	17
Nombre total d’unités sémantiques codées			347

L’analyse des trente (30) entrevues a permis d’identifier trois cent quarante-sept (347) unités de sens qui décrivent l’enfant. Ces unités sémantiques sont codées dans vingt-sept (27) sous-thèmes qui sont des savoirs profanes des répondants au sujet de l’enfant. Ces savoirs sont des images ou des termes par lesquels les répondants expriment ce que l’enfant représente pour eux. Par conséquent, ces modalités de connaissances sont les éléments constitutifs de la représentation sociale de l’enfant. Aussi, seize (16) d’entre elles sont-elles évoquées dans au moins trois (3) entrevues

(voir Tableau 4.3). Les onze (11) sous-thèmes restants sont marginaux parce qu'ils sont des visions de l'enfant rapportées par un ou deux répondants. Ceux-là sont regroupés dans le sous-thème « autres sous-thèmes objectivant l'enfant ».

D'autre part, le nombre d'entrevues où apparaît un sous-thème ou un élément constitutif de la représentation sociale de l'enfant varie 1/30 à 29/30 avec une moyenne d'occurrence de 7,5. Parmi les opinions constitutives de la représentation sociale, sept (7) sont rapportées par au moins le tiers des répondants. Au nombre d'elles, quatre (4) sont très populaires parce qu'elles apparaissent dans la quasi-totalité des entrevues. Il s'agit notamment des perceptions de l'enfant telles qu'*assurance vieillesse* qui apparaît dans 29 entrevues sur 30, *protecteur de patrimoine* (28/30) ; *problèmes* (25/30), *dépenses* (23/30). Les autres visions de l'enfant portées par plus du tiers des répondants sont *honneur* (13/30) ; *défenseur des parents* (12/30) et *propriété du père* (10/30). Au total, nous estimons que ces sept (7) sous-thèmes constituent les perceptions de l'enfant les plus populaires chez les répondants. Après avoir identifié les opinions les plus populaires au sujet de l'enfant dans le discours, nous allons y rechercher celles qui ont créé le plus de relations au moyen de l'analyse de cooccurrence.

4.3.1.2 L'analyse de cooccurrences des éléments constitutifs de la représentation sociale de l'enfant

Analyser, c'est décomposer un tout pour observer ses différentes parties et rechercher les potentielles relations entre celles-là⁵³. Pour découvrir les relations entre éléments dans un discours, l'analyse de cooccurrence est une technique privilégiée. Selon Negura (2006), l'analyse de cooccurrence est utilisée depuis longtemps en analyse de

⁵³ Définition de l'Office québécois de langue française (2001) que nous avons prise dans le grand dictionnaire terminologique en ligne.

contenu et permet d'étudier les relations entre les éléments dans un discours. Pour l'auteur, elle est pertinente dans l'étude des représentations sociale en ce qu'elle permet d'identifier le contenu le plus significatif. En effet, cette analyse repose sur le principe que la présence simultanée de plusieurs éléments dans un discours indique une certaine relation entre eux (Negura, 2006). Dès lors, pour découvrir de potentielles relations entre les éléments d'un discours, il faut chercher les éléments qui vont ensemble dans le même segment du discours. Pour ce faire, l'auteur recommande qu'on définisse d'abord *les unités d'analyse*⁵⁴. Ensuite, on choisit *les unités de contexte*⁵⁵ et enfin on calcule les cooccurrences et les interpréter.

Selon Negura (2006), les *unités d'analyse* sont les opinions ou les éléments constitutifs de la représentation sociale tandis que *les unités de contexte* sont le paragraphe ou l'entrevue entière. Dans notre cas, les unités de contexte sont des paragraphes qui correspondent à la réponse complète à une question posée au répondant. Pour repérer les éléments constitutifs de la représentation sociale de l'enfant qui ont créé plus de relations dans le discours, nous avons ouvert chaque entrevue codée et compter toutes les collocations. Plus précisément, chaque fois qu'un sous-thème ou une perception de l'enfant se retrouve dans une réponse complète avec une ou plusieurs autres, nous leur attribuons un lien de cooccurrence. Cette méthode nous a permis d'avoir le tableau de cooccurrence des éléments constitutifs de la représentation sociale de l'enfant.

⁵⁴ Les unités d'analyse : elles renvoient à la question suivante : qu'est-ce qu'on analyse dans le discours? Sont-ce les unités lexicales ou les unités sémantiques? Ici, il s'agit bien des unités sémantiques c'est-à-dire les opinions qui correspondent aux catégories thématiques qui sont par ailleurs, les éléments constitutifs de la représentation sociale.

⁵⁵ Les unités de contexte : elles renvoient à la question suivante : dans quoi examine-t-on les unités d'analyse? Est-ce dans l'entrevue toute entière ou dans les segments de celle-ci c'est-à-dire les phrases ou les paragraphes? Nous avons choisi le paragraphe comme l'unité de contexte. Pour nous, le paragraphe correspond à une réponse entière à une question que nous posons aux répondants comme l'a fait Negura (2006).

Tableau 4.4 – Fréquence des cooccurrences des sous-catégories thématiques et de fréquence des énoncés qui y sont codés ; représentation sociale de l'enfant

N°	Sous-thèmes / Éléments constitutifs de la représentation sociale de l'enfant	Cooccurrence*	Nombre d'énoncés d'un élément constitutif/sous-sous-thème
1	Aide domestique	7	7
2	Assurance vieillesse	50	89
3	Bonheur	11	12
4	Richesse	3	4
5	Confident	4	4
6	Défenseur des parents	14	15
7	Dépenses	3	37
8	Fruit de mariage	3	3
9	Garant de funérailles	11	11
10	Honneur	12	15
11	Obligation humaine	7	8
12	Preuve de féminité	6	6
13	Principale possession	8	9
14	Problèmes	31	53
15	Propriété du père	1	10
16	Protecteur de patrimoine	34	47
17	11 autres sous-thèmes objectivant l'enfant	9	17
Nombre total d'unités sémantiques codées			347

*Nombre de fois qu'une sous-catégorie thématique apparaît avec une ou plusieurs autres sous-catégories thématiques dans la réponse complète à une question

Rappelons que dans l'analyse de fréquence, nous constatons que lorsque les répondants parlent de l'enfant, ils recourent le plus souvent aux sous-thèmes c'est-à-dire aux opinions telles qu'*assurance vieillesse* avec (89) unités de sens codées ; *problèmes* (53) ; *protecteur de patrimoine* (47) ; *dépenses* (37) ; *défenseur des parents* (15) ; *honneur* (15), *bonheur* (12) et *propriété du père* (10). Mais l'importance de ces opinions dans la compréhension du sens donné à l'enfant dépend

des collocations ou des liens qu'elles ont avec d'autres éléments constitutifs de ladite représentation à l'intérieur du discours. Cela est d'autant important que les opinions les plus fréquentes ne sont pas nécessairement celles qui ont le plus de poids relationnel dans le discours (Negura, 2006). Par exemple, le sous-thème *dépenses* qui est le quatrième plus populaire avec une fréquence de 37 n'a tissé que trois (3) relations avec d'autres sous-thèmes dans le discours (voir Tableau 4.4). En revanche, le thème *obligation humaine* qui n'a qu'une fréquence de 8 est entrée en relation avec sept (7) autres sous-thèmes dans le discours.

Au total, les perceptions de l'enfant ayant le plus de cooccurrences c'est-à-dire celles qui tissent le plus de relations avec d'autres éléments constitutifs de sa représentation sociale sont : *assurance vieillesse* (50) ; *protecteur de patrimoine* (34) ; *problèmes* (31) ; *défenseur des parents* (14) ; *honneur* (12) ; *bonheur* (11) ; *garant de funérailles* (11), *principale possession* (8). En croisant les cotes de fréquence et de cooccurrence de ces perceptions, nous obtenons les plus fréquents éléments qui créent plus de relations dans le matériel discursif. Il s'agit des sous-thèmes ou des opinions suivants : *assurance vieillesse* (89/50) ; *protecteur de patrimoine* (47/34) ; *problème* (53/31), *défenseur des parents* (15/14) ; *honneur* (15/12) ; *bonheur* (12/11) ; et *garant de funérailles* (11/11) ; *principale possession* (9/8). Nous estimons que ces opinions sont centrales dans la représentation de l'enfant et seront amplement décrites dans la suite de l'analyse.

Par ailleurs, l'application de la même méthode pour identifier le contenu significatif de la représentation sociale de la contraception médicale nous conduit aux résultats suivants.

4.3.2 Analyse de la structure de la représentation sociale de la contraception médicale

4.3.2.1 Analyse de fréquence des éléments constitutifs de la représentation sociale de la contraception médicale

L'analyse des entrevues a permis de coder cent soixante-sept (167) unités sémantiques qui décrivent la contraception médicale. Celles-là sont regroupées dans seize (16) sous-thèmes dont dix (10) sont rapportés par au moins trois répondants (voir Tableau 4.5).

Tableau 4.5 – Nombre d'entrevues où apparaît l'énoncé d'une catégorie thématique et nombre d'énoncés par catégorie thématique. Représentation sociale de la contraception

N°	Sous-thèmes / Éléments constitutifs de la représentation sociale de la contraception	Nombre d'entrevues où un élément / sous-thème est apparu	Nombre d'énoncés d'un élément constitutif / sous-thèmes
1	Autonomisation féminine	6	6
2	Bien-être familial	14	22
3	Dérèglement cycle menstruel	14	17
4	Dépenses pour effets secondaires	3	3
5	Peur	4	5
6	Planning des naissances	28	35
7	Protection santé mère enfant	6	6
8	Risques pour la santé	25	48
9	Stérilité	5	8
10	Vie sexuelle épanouie	5	6
11	6 autres sous-thèmes objectivant la contraception	9	11
Nombre total d'unités sémantiques codées			167

Les six autres sous-thèmes apparaissent dans une ou deux entrevues. Ils représentent des visions marginales de la contraception médicale et sont regroupées dans le sous-thème « autres sous-thèmes objectivant la contraception ». Aussi, faut-il souligner

que le nombre d'entrevues où apparaît un élément constitutif de cette représentation sociale varie de 1/30 à 28/30 avec une moyenne d'occurrences de 7,4. Quant à la popularité de ses éléments constitutifs chez les répondants, deux opinions se révèlent très populaires. La quasi-totalité des répondants ont évoqué les éléments *planning des naissances* (28/30) et *risques pour la santé* (25/30). Aussi, près de la moitié d'entre eux rapportent-ils des perceptions telles que *dérèglement du cycle menstruel* (14/30) et *bien-être familial* (14/30). En bref, ces quatre (4) perceptions de la contraception médicale sont les plus populaires chez les répondants. Parmi elles, nous allons rechercher au moyen de l'analyse de cooccurrence celles qui sont plus significatives dans le discours afin de les décrire.

4.3.2.2 L'analyse de cooccurrence des éléments constitutifs de la représentation sociale de la contraception médicale

Commençons d'abord par présenter le tableau de cooccurrence des opinions constitutives de la représentation sociale de la contraception médicale. Ledit tableau est réalisé avec la technique utilisée dans l'élaboration du tableau de cooccurrence précédent.

Tableau 4.6 – Fréquence des cooccurrences des sous-catégories thématiques et la fréquence des énoncés des sous-catégories thématiques. Représentation sociale de la contraception

N°	Sous-thèmes / Éléments constitutifs de la représentation sociale de la contraception	Cooccurrence*	Nombre d'énoncés d'un élément constitutif / sous-thèmes
1	Autonomisation féminine	3	6
2	Bien-être familial	6	22
3	Dérèglement cycle menstruel	13	17
4	Dépenses pour effets secondaires	2	3
5	Peur	3	5
6	Planning des naissances	28	35
7	Protection santé mère enfant	5	6

N°	Sous-thèmes / Éléments constitutifs de la représentation sociale de la contraception	Cooccurrence*	Nombre d'énoncés d'un élément constitutif / sous-thèmes
8	Risques pour la santé	24	48
9	Stérilité	5	8
10	Vie sexuelle épanouie	4	6
11	6 autres sous-thèmes objectivant la contraception	6	11
Nombre total d'unités sémantiques codées			167

*Nombre de fois qu'une catégorie thématique apparaît avec une ou plusieurs autres catégories thématiques dans la réponse complète à une question

Précédemment, l'analyse de fréquence a montré que les quatre sous-thèmes notamment *risques pour la santé* ayant (48) unités de sens codées ; *planning des naissances* (35) ; *bien-être familial* (22) et *dérèglement du cycle menstruel* (17) sont populaires dans le discours des répondants. Cependant, le sous-thème *bien-être familial* n'a développé que (6) relations dans le discours. Ainsi, la combinaison des cotes de fréquence et de cooccurrence indique que les éléments constitutifs les plus populaires et ayant le plus de relations dans le discours sont *risques pour la santé* (48/24), *planning des naissances* (35/28) et *dérèglement du cycle menstruel* (17/13). Ces visions sont centrales à la représentation sociale de la contraception médicale et seront décrites dans la suite de l'analyse. Pour clore cette section, nous allons procéder à l'analyse du contenu significatif de la représentation sociale de l'avortement.

4.3.3 Analyse de la structure de la représentation sociale de l'avortement

4.3.3.1 Analyse de fréquence des éléments constitutifs de la représentation sociale de l'avortement

Soulignons d'abord que le discours portant sur l'avortement a été recueilli chez vingt-six (26) des trente (30) participants. Quatre répondants ont souhaité de ne pas aborder la question de l'avortement pour des motifs personnels. L'analyse des entrevues a

permis d'identifier cent dix (110) unités sémantiques qui sont codées dans quinze (15) sous-thèmes dont une dizaine apparaît dans au moins trois entrevues. Les opinions marginales c'est-à-dire celles qui sont évoqués par un ou deux répondants sont catégorisées dans le sous-thème « autres sous-thèmes objectivant l'avortement » (voir tableau 4.7).

Tableau 4.7 – Nombre d'entrevues où apparaît l'énoncé d'une sous-catégorie thématique et nombre d'énoncés par sous-catégorie thématique ; représentation sociale de l'avortement.

N°	Sous-thèmes / Éléments constitutifs de la représentation sociale de l'avortement	Nombre d'entrevues où un élément / sous-thèmes est apparu	Nombre d'énoncés d'un élément constitutif / / sous-thèmes
1	Destruction de génie	4	6
2	Inconduite	11	13
3	Interdit religieux	8	9
4	Meurtre	15	17
5	Mort	17	20
6	Péché	8	10
7	Peur	3	5
8	Problèmes spirituels	6	6
9	Risque pour la santé	9	9
10	Stérilité	7	7
11	Moyen de planification familiale	3	3
12	4 autres sous-thèmes objectivant l'avortement	5	5
Nombre total d'unités sémantiques codées			110

Le nombre d'entrevues où apparaît un élément constitutif de cette représentation sociale varie de 1/26 à 17/26 avec une moyenne d'occurrence de 6,4. De toutes les opinions rapportées par les participants à propos de l'avortement, seules *meurtre* (17/26) et *mort* (15/26) se retrouvent chez plus de la moitié d'entre eux. Aussi, les éléments constitutifs comme *inconduite* (11/26) ; *risque pour la santé* (9/26) sont-ils perçus par plus du tiers des répondants. Les opinions telles qu'*interdit religieux* (8/26), *péché*

(8/26), *stérilité* (7/26) ont une cote de popularité qui est largement au-dessus de la moyenne des occurrences. Ainsi, ces sept (7) opinions semblent être populaires chez les répondants. Parmi celles-ci, nous allons repérer celles qui sont centrales à la représentation de l'avortement grâce à l'analyse de cooccurrence.

4.3.3.2 Analyse de cooccurrence des éléments constitutifs de la représentation sociale de l'avortement

Pour repérer les opinions fréquentes ayant le plus de relations dans le discours, rappelons d'abord que les idées qui viennent souvent dans les propos des répondants quand ils parlent de l'avortement sont : *mort* avec une vingtaine (20) de segments discursifs codés, *meurtre* (17) ; *inconduite* (13) ; *péché* (10) ; *interdit religieux* (9) ; *risque pour la santé* (9) et *stérilité* (7).

Tableau 4.8 – Fréquence des cooccurrences des sous-catégories thématiques et la fréquence des énoncés des sous-catégories thématiques ; représentation sociale de l'avortement

N°	Sous-thèmes / Éléments constitutifs de la représentation sociale de l'avortement	Cooccurrence*	Nombre d'énoncés d'un élément constitutif / sous-thème
1	Destruction de génie	3	6
2	Inconduite	12	13
3	Interdit religieux	8	9
4	Meurtre	14	17
5	Mort	16	20
6	Péché	10	10
7	Peur	3	5
8	Problèmes spirituels	5	6
9	Risques pour la santé	8	9
10	Stérilité	7	7
11	Moyen de planification familiale	2	3
12	4 autres sous-thèmes objectivant l'avortement	5	5

N°	Sous-thèmes / Éléments constitutifs de la représentation sociale de l'avortement	Cooccurrence*	Nombre d'énoncés d'un élément constitutif / sous-thème
	Nombre total d'unités sémantiques codées		110

*Nombre de fois qu'une sous-catégorie thématique apparaît avec une ou plusieurs autres sous-catégories thématiques dans la réponse complète à une question

De plus, le calcul des cooccurrences (voir Tableau 4.8) montre que les opinions telles que *mort* (16) ; *meurtre* (14) ; *inconduite* (12) ; *péché* (10) ; *interdit religieux* (8) ; *risque pour la santé* (8) et *stérilité* (7) ont créé plus de lien dans le discours. Ainsi, les plus fréquents éléments ayant le plus de relations dans le discours sont : *mort* (20/16) ; *meurtre* (17/14) ; *inconduite* (13/12) ; *péché* (10/10) ; *interdit religieux* (9/8) ; *risque pour la santé* (9/8) et *stérilité* (7/7). Ces éléments sont probablement centraux dans la représentation sociale de l'avortement chez les répondants et seront décrits dans la suite de l'analyse. Après l'identification du contenu significatif de la représentation sociale de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement, nous allons précéder à la description des thèmes et des sous-thèmes qui proviennent de l'analyse thématique.

4.4 Vision générale de l'enfant et de ses fonctions sociales

4.4.1 La procréation, un tremplin menant vers la satisfaction des besoins d'appartenance et d'estime de soi des adultes

Le regard que les répondants portent sur l'enfant est caractérisé par une symbolique riche et contrastée. Entre autres, l'analyse des données fait ressortir que le souci de satisfaire les besoins fondamentaux des adultes et des personnes âgées constitue le principal déterminant du désir d'enfant chez les répondants. Dans cette partie, nous allons décrire en quoi les préoccupations liées à la résolution des problèmes existentiels notamment à la satisfaction de certains besoins essentiels de l'être humain, sont consubstantielles au désir de procréer dans le discours des répondants.

En effet, les êtres humains sont naturellement portés vers la satisfaction de certains besoins fondamentaux (Maslow, 2008). Aux dires de l'auteur, ces besoins seraient hiérarchisés et inhérents à la nature humaine. Plus précisément, Maslow (2008, p. 25) estime que lesdits besoins constituent « *une hiérarchie de valeurs qui se situent dans l'essence même de la nature humaine en soi. Elles ne sont pas seulement voulues et désirées par tous les êtres humains, mais répondent aussi à un impératif dans le sens où elles sont nécessaires pour éviter la maladie et la psychopathologie* ». Au nombre des besoins concernés, l'auteur distingue au premier palier, les *besoins physiologiques ou vitaux* (se nourrir, respirer, s'hydrater, etc.) dont la satisfaction est indispensable à la survie. Ensuite, viennent les *besoins de sécurité et de protection* qui renvoient à la nécessité pour l'individu de maîtriser son monde et de se sentir hors de danger. Ceux-ci se matérialisent par un environnement social stable, prévisible et sûr. Aussi, l'auteur présume-t-il que la satisfaction partielle ou complète des besoins primaires notamment des besoins vitaux, de sécurité et de protection conditionne l'être humain pour satisfaire d'autres besoins dits sociaux tels que :

- Les besoins d'amour et d'appartenance : tout individu ressent le besoin d'aimer, d'être aimé et accepté dans un groupe ou dans une communauté.
- Le besoin d'estime de soi : toute personne est habitée par le sentiment d'être utile, appréciée et considérée.
- Le besoin d'accomplissement de soi : ce besoin se situe au sommet de la pyramide de Maslow et renvoie au fait que l'individu cherche à prouver ses compétences, à développer des valeurs et à mener une vie intérieure satisfaisante.

Notons que même si le caractère hiérarchique des besoins tel que Maslow l'ait conçu, n'est pas validé, il n'en demeure pas moins que les besoins fondamentaux « *représentent le fondement d'un système de valeurs humaines intrinsèques, de biens hu-*

mains qui possèdent leur propre validité, qui sont intrinsèquement bons et souhaitables et qui n'ont pas besoin de justification supplémentaire » (Maslow, 2008, p. 25). Aussi, ces besoins ont-ils une dimension universelle même si les moyens de les satisfaire peuvent varier d'une société à l'autre en raison de l'influence culturelle. De plus, l'auteur estime que les besoins fondamentaux des êtres humains ne sont pas aux antipodes de leurs désirs quotidiens. En termes clairs, il estime que les désirs ont tendance à naître des besoins ressentis par les individus. Cette relation supposée entre les désirs des humains et leurs besoins essentiels est manifeste dans le discours des répondants. Chez ceux-ci, le désir d'enfant⁵⁶ s'inscrit dans une perspective de satisfaction des *besoins fondamentaux* des adultes et des personnes âgées. Quoiqu'il soit un phénomène complexe aux motivations multidimensionnelles ; le désir d'enfant repose partout sur l'envie de satisfaire des besoins fondamentaux tels que définis précédemment. Néanmoins, on note une variation culturelle de la nature des besoins essentiels dont la satisfaction est visée par le désir d'enfant. À ce sujet, van Balen et Inhorn (2002) apportent une importante précision. Ces auteurs soulignent que dans la plupart des sociétés occidentales, le désir d'enfant est souvent lié au bonheur personnel et implique la notion de lien entre parent et enfant avec la possibilité de donner et de recevoir de l'amour et de l'affection même si ce type de désir d'enfant n'est pas le monopole des dites sociétés. D'ailleurs, l'importance affective accordée à l'enfant en Occident est prégnante dans la plupart des enquêtes sur les motivations du désir d'enfant (Charton et Lévy, 2017). Par exemple, lorsqu'ils étudient les raisons du recours à la procréation médicalement assistée, Langdridge et coll. (2000) constatent

⁵⁶ Désir d'enfant – Dans ce travail, l'expression désigne l'envie ou la volonté d'avoir un enfant. Elle est à distinguer de la passion qui pourrait motiver le choix d'avoir un enfant comme c'est le cas de certaines personnes qui désirent un enfant pour vivre l'émotion de la relation parent-enfant c'est-à-dire pour donner de l'amour et de l'affection et en recevoir. Si l'on confond cette motivation du désir d'enfant à celui-ci, ça signifie que le désir d'enfant est d'essence passionnelle. Ce qui est archi-faux parce qu'il y a d'autres motifs du désir d'enfant. En bref, nous utilisons l'expression « désir d'enfant » dans son acception générique qui renvoie simplement au choix, à l'envie ou à la volonté d'avoir un enfant. Ensuite, nous analyserons la nature du désir d'enfant à l'aune des propos des répondants.

chez les enquêtés que l'envie de donner et de recevoir de l'amour est un motif majeur de leur désir d'enfant. Dès lors, cette modalité du désir d'enfant s'inscrit dans la logique de satisfaire les *besoins d'amour et/ou d'appartenance* qu'évoque Maslow (2008). Cependant, van Balen et Inhorn (2002) font observer que les raisons sociales et économiques prédominent les motifs du désir de procréer dans d'autres régions. Selon eux, la quête de sécurité et de reconnaissance sociales et le désir de perpétuité sociale sont les principaux déterminants du désir d'enfant dans ces régions. Dans la même dynamique, les personnes ayant participé à cette recherche étayaient leur volonté de procréer par des motivations sociales, économiques et politiques.

4.4.1.1 L'enfant, le moyen de transmettre le patrimoine matériel et immatériel dans la lignée

L'appartenance de groupe conduit l'individu à s'identifier à d'autres par des valeurs, des conduites et des pratiques spécifiques (Gouveia et coll., 2002). Aussi, ce phénomène crée-t-il une communauté d'intérêts que les membres du groupe sont appelés à préserver et/ou à renforcer en raison du sentiment d'appartenance. C'est ainsi que nous remarquons dans le discours des répondants qu'être membre d'une famille astreint à d'importants devoirs à l'égard de celle-ci. Parmi ces obligations, se trouve la protection du patrimoine matériel et immatériel de la famille. En effet, nous constatons dans le matériel discursif que l'enfant est le centre de gravité de la lignée. Plus précisément, les répondants estiment que le passé et le devenir de la famille s'équilibrent sur l'enfant. Celui-ci a la responsabilité de préserver le patrimoine familial et de le transmettre à la postérité. C'est dire que l'enfant symbolise le pont entre le passé et le devenir de la lignée. Ainsi, renoncer à la procréation, c'est choisir de rompre la mémoire familiale. Ce qui constitue un manquement d'une extrême gravité à bien des égards. À ce sujet, Héritier (1985, p. 10-12) rapporte que dans des communautés chinoises, « L'acte non filial par excellence est de ne pas avoir de postérité puisqu'il s'agit d'un crime contre les ancêtres et le célibat par choix

représente la forme ultime de la perversité ». Et de cette vision de la reproduction, l'auteure conclut que :

Ne pas transmettre la vie, c'est rompre une chaîne dont nul n'est l'aboutissement ultime, et c'est par ailleurs s'interdire l'accès au statut d'ancêtre [...]. Ainsi le désir d'enfant est-il surtout un désir éminemment social d'accomplissement projeté au travers d'une descendance qui conservera la mémoire des morts et leur rendra le culte nécessaire. Devoir envers ceux qui ont précédé, c'est donc aussi un devoir envers soi-même, ancêtre à venir.

C'est dans cette logique que la quasi-totalité des personnes que nous avons enquêtées revendiquent l'obligation de transmettre le patrimoine matériel, culturel et/ou cultuel dont ils sont eux-mêmes garants. Aussi, sont-ils convaincus qu'enfanter est la seule piste pour y parvenir. Afin d'étayer son désir d'enfant supplémentaire, Badoussi, un ouvrier animiste de 40 ans qui vit en ville avec sa famille de quatre (4) enfants, nous confie ceci : *« Oui, je veux avoir d'autres enfants. Je suis dignitaire de la divinité (vodoun) Atchinan [...] et dois avoir besoin d'un jeune enfant pour me remplacer quand je serai vieux »*. Cette motivation du désir d'enfant montre à quel point les enjeux sociaux de la fécondité sont parfois très éloignés des raisons relatives à la propagande contraceptive. En effet, en abordant les rôles parentaux, ce répondant parle des difficultés de son ménage en ces mots : *« [...] je ne suis pas satisfait de mon rôle de père parce que les moyens me manquent pour assurer le bien-être de mes enfants et de ma femme »*.

Dès lors, on pouvait s'attendre à ce qu'il s'emploie à éviter de nouvelle naissance dans son ménage. Pourtant, il veut poursuivre la procréation jusqu'à la vieillesse où il transmettra à un jeune enfant les traditions religieuses héritées de son père, un autre relais des ancêtres dans ce domaine. Tout bien considéré, le comportement du répondant laisse croire que la conscience liée à la transmission de la mémoire culturelle l'emporte sur tout autre enjeu de la fécondité. L'attachement à la transmission des croyances et rites vodoun qui fonde son désir d'enfant n'est pas un phénomène isolé. Chez les vodouïsants haïtiens, la transmission des savoirs religieux

est de nature héréditaire et constitue par le fait, un devoir de loyauté envers les ancêtres (Régulus, 2012). Aussi, une multitude de travaux ethnographiques examinant les pratiques totémistes en Afrique confirment-ils la sacralité de l'attachement à la mémoire ancestrale et la transmission lignagère de la culture religieuse (Adler, 1998). Dès lors, le devoir de fidélité vis-à-vis de la lignée et la transmission héréditaire des savoirs enjoignent implicitement à la procréation d'où le désir d'enfant aux fins de satisfaire ces exigences sociales.

D'autre part, nous constatons que la volonté de sécuriser les biens matériels est également une préoccupation à l'œuvre dans les enjeux reproductifs. Pour s'en convaincre, référons-nous aux propos de Gbessin, 50 ans, maçon de profession et père d'une dizaine d'enfants. Nataliste aux convictions affirmées, l'homme justifie entre autres, son choix d'être parent en ces termes :

[...] il est avantageux d'avoir des garçons pour sécuriser ses terres. Après son décès, la famille est incapable de prendre la parcelle d'une personne qui a des garçons. Dans notre tradition, ce sont les garçons qui héritent. Ce n'est pas bon pour un homme d'avoir des biens sans enfant.

De même, Ablavi, 29 ans, revendeuse et mère de 3 enfants habitant en milieu rural estime que « [...] les garçons inspirent le respect en raison de leur autorité naturelle. La famille ne peut pas extorquer tes biens devant tes garçons. Les garçons ont une autorité supérieure. Et c'est rassurant pour les parents au temps de la vieillesse ». Ces propos établissent un lien direct entre la procréation et la transmission du patrimoine matériel tout en trahissant la préférence pour l'enfant de sexe masculin que les répondants jugent plus apte pour le rôle de préservation des biens familiaux. Aussi, Das Gupta et coll. (2003) constatent-ils dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est que la transmission des biens constitue une grande motivation du désir d'enfant notamment de sexe masculin.

Nous constatons également que le souci d'immortaliser le clan est une motivation centrale de désir d'enfant chez les répondants. Tous insistent sur le devoir de procréer pour assurer la perpétuité de la famille notamment du patronyme. Aucun ne souhaite manquer au devoir fondamental de susciter une postérité à cette fin. Plusieurs récits de vie révèlent l'intensité de ce type de désir d'enfant et quels sacrifices les répondants peuvent-ils consentir pour le concrétiser. Commençons par l'histoire de Rachida. Cette femme proche de la quarantaine est mère de 6 enfants au moment de l'enquête et travaille dans la couture. Elle explique en ces mots, comment est-elle arrivée à doubler son intention de fécondité :

Avant, j'étais mariée à un autre homme. Avec lui, on a eu quatre enfants. D'abord trois filles et en ce moment, je voulais arrêter de procréer mais les gens me disent, il faut faire un quatrième parce que tu n'as pas de garçon et j'avais eu une autre grossesse qui est une fille. Je souhaitais rester avec lui (le mari) pour m'arrêter à quatre enfants mais la vie commune n'allait pas et j'avais dû partir de chez lui. Avec mon nouveau mari, j'ai eu un premier enfant, un garçon et je ne peux pas le laisser seul parmi ses frères consanguins car mon deuxième mari est polygame avant notre mariage.

Dans un registre similaire, Tchègnon raconte son expérience. Cette revendeuse âgée de 35 ans pariait sur 4 enfants avant sa mise en couple. La suite de l'histoire la trahit et elle s'en explique en ces termes :

Il est important d'avoir des garçons [...]. Dans mon cas, j'ai un seul garçon après avoir fait 4 filles. À l'époque, je fus la risée de tout le monde. Tout le monde me reproche de ne mettre au monde que des filles. Et cela me collait à la peau comme un nouveau nom. Mon mari et toute sa famille me harcelaient. Et Dieu merci, j'ai finalement accouché d'un garçon. Je constate que mon mari a un traitement de faveur envers le garçon.

Ces extraits de discours se rejoignent sur le désir d'enfant de sexe masculin dont la finalité n'est pas explicite dans les propos. Cependant, ce rapport à la reproduction est légitimé par les enjeux sexospécifiques de la société béninoise patrilineaire et

patrilocale⁵⁷. Bien que les deux femmes aient atteint leur propre intention de fécondité, leur entourage n'en est pas satisfait. En termes clairs, mettre au monde des filles fussent-elles nombreuses ne comble pas l'essentiel des attentes sociales de la reproduction dans le contexte patriarcal. Étayons cette assertion par des arguments portés par les propos des répondants. « *C'est bon d'avoir des garçons parce qu'ils pérennisent le nom de la famille. Les garçons assurent la succession et maintiennent le nom de la famille* » argumente Dakossi, un homme de la quarantaine, titulaire de maîtrise et vivant en milieu urbain avec sa famille forte de 4 enfants dont deux garçons. Et à Folakè âgée de 32 ans, mère d'une fille et travaillant dans la restauration après avoir complété une maîtrise, d'ajouter :

Naturellement, avoir des enfants revient à continuer sa lignée parce que les enfants auront eux aussi des enfants ainsi de suite. Il est important d'avoir la famille et de contribuer à la maintenir [...]. Dans la société, il semble qu'il y a un gros désavantage de ne pas avoir de garçon parce qu'il permet de pérenniser le nom de la famille.

L'opinion d'Assogba, la trentaine, comptable de formation et père de 5 enfants n'est pas différente. D'ailleurs, c'est son désir d'enfant de sexe masculin qui le conduit à dépasser son intention de fécondité. Et voici comment il justifie son acte :

[...] c'est à travers l'enfant qu'on se souvient de nous après notre mort. Mais ce sont les garçons qui assurent la succession. Ce sont eux qui pérennisent le nom de famille. C'est à travers les garçons que l'arbre généalogique se développe. Ce sont les garçons qui nous représentent véritablement si nous ne sommes plus là. Et si l'on a des secrets à livrer sur la famille et la maison, c'est aux garçons qu'on se confie.

De toute évidence, le recoupement de ces discours montre que la succession et l'envie de pérenniser la famille à travers le patronyme constituent des motivations majeures du désir d'enfant notamment de garçon chez les répondants. Néanmoins, Charton et

⁵⁷ Patrilinearité et patrilocalité sont des concepts de l'anthropologie culturelle.

Patrilinearité : organisation sociale dans laquelle la transmission des biens, des noms de famille passe par le lignage masculin.

Patrilocalité : pratique sociale de certaines sociétés qui enjoignent à l'homme de s'installer dans son village paternel après le mariage.

coll. (2017) découvrent dans une étude menée au Québec que la transmission du patronyme à l'enfant est une forme de nomination parmi tant d'autres. En effet, en explorant le désir d'enfant à l'aune des pratiques de nomination chez des parents québécois, elles constatent que 40 % d'entre eux aient donné le patronyme aux enfants alors que le reste de l'échantillon attribue aux enfants un double nom de famille composé de celui de la mère et du père si ce n'est pas le nom de famille de la mère qui est donné aux enfants. Aussi, les parents qui donnent le patronyme aux enfants justifient-ils un choix normal ou naturel qui garantit la lisibilité de l'identité de l'enfant et la continuité de la lignée.

Globalement, les répondants estiment que l'enfant est le garant du patrimoine familial sous toutes ses formes. Le discours de Mahmud dans l'étude d'Ibisomi et Mudege (2013, p. 67) qui explorent les perceptions de l'infécondité chez les Nigériens, résume parfaitement l'état d'esprit des répondants au sujet de l'enfant. Voici la manière dont Mahmud, 44 ans, conclut sa vision de l'enfant dans l'entrevue qu'il accorde aux chercheuses : « *I shall conclude by saying, whosoever does not have a child throughout his lifetime, it is as if God has never created him. Because the moment he dies, everything concerning him also dies* »⁵⁸.

Cette opinion de Mahmud que les répondants approuveraient sans doute, fait de l'enfant et de la transmission deux réalités inséparables voire nécessaires de la vie humaine. Eu égard à tout ce qui précède, nous concluons que le *protecteur du patrimoine familial* constitue une image de l'enfant chez les répondants et constitue de ce fait, une composante de sa représentation sociale dans leur discours.

⁵⁸ Traduction libre : « Je conclurai en disant que quiconque n'a pas d'enfant pendant toute sa vie, c'est comme si Dieu ne l'avait jamais créé. Parce qu'au moment où il meurt, tout ce qui le concerne meurt également » Mahmud, homme de 44 ans ».

4.4.1.2 L'enfant, le garant de funérailles aux parents défunts

En décrivant ce que l'enfant symbolise pour eux, certains répondants évoquent des phases importantes du cycle de vie notamment la vieillesse et la mort. Ainsi, les préoccupations relatives aux rites funéraires émergent dans leur discours en tant qu'enjeu majeur du choix de procréer. D'ordinaire, dans la plupart des sociétés africaines, les cérémonies funéraires sont des moments d'exhibition sociale (Barou et Navarro, 2007 ; Degorce, 2010). À ce propos, Kuipou (2015) indique qu'au Cameroun dans la culture bamiléké⁵⁹, les obsèques font l'objet de réjouissances somptueuses qui marquent les positions familiales et sociales. Chez les Fon du Bénin, Tingbé-Azalou (1993, p. 166) décrit le même phénomène en ces termes :

L'on note en milieu fon, une dégénérescence progressive du rite funéraire qui, de son symbolisme, aboutit à de véritables occasions d'ostentation et d'exhibitionnisme. [...] le corps est déposé, pour plusieurs semaines, à la morgue [...] le jour de l'enterrement, le cadavre est garni d'objets luxueux tels que des colliers, de beaux habits. Le corps est exposé avec un décorum très excessif. Le luxe du cercueil, la profusion des couronnes, le carreau ou le marbre du tombeau, la « grande bouffe », les libations alcoolisées, les manifestations spectaculaires sont des caractéristiques des obsèques telles qu'elles sont organisées actuellement chez les Fon.

Ainsi, pour certains des répondants, l'envie de bénéficier des rites funéraires conformes aux attentes sociales constitue une motivation majeure du désir d'enfant. Cependant, selon leurs propos, la solennité que requièrent les pratiques funéraires n'est observée qu'en présence des enfants biologiques du mort. Pour appréhender la portée de cette réflexion, nous allons examiner quelques extraits de discours. Le premier extrait provient d'une tisserande que nous appelons Dansi. Elle a 29 ans et vit en milieu rural avec ses 2 enfants. En justifiant ce qui l'incite à avoir des enfants, elle confie entre autres ceci :

⁵⁹ Peuple d'Afrique centrale vivant au Cameroun et représentant la majorité de la population dans la région de l'ouest. Il constitue le plus grand groupe ethnique du pays.

Il est important d'avoir des enfants en raison du jour où l'on va mourir car les obsèques des gens stériles sont bâclées. Une personne stérile qui meurt aujourd'hui peut être inhumée cette nuit. Or si elle a des enfants, ils la déposeront à la morgue et prendront du temps pour organiser ses obsèques. Aucune famille ne peut faire cela à un défunt si ce ne sont pas ses enfants biologiques [...].

Aussi, la quinquagénaire Houénagnon, ménagère et mère de 8 enfants dit-elle en expliquant son choix de devenir maman :

[...] une personne qui meurt sans enfant n'a pas le même traitement en ce qui concerne les obsèques. Dès qu'on meurt sans enfant, c'est la famille qui décide du type d'obsèques. Or si tu as des enfants, ce sont eux qui décident des obsèques et peuvent s'opposer aux décisions de la famille s'ils ne sont pas d'accord de la façon dont les obsèques sont conduites.

Dans ces extraits, les répondants conditionnent explicitement la possibilité d'être inhumé dignement à la reproduction. Autrement dit, la procréation permet aux individus d'accéder à la classe des privilégiés en termes de rites funéraires. À ce sujet, Hériter (1985, p. 11) rapporte dans les propos ci-dessous que les obsèques des personnes qui meurent sans enfant sont banalisées voire désacralisées dans certaines sociétés africaines et asiatiques :

Dans bien des sociétés, une femme n'est considérée et désignée comme telle qu'après avoir procréé. Sinon, même mariée, elle est toujours considérée et traitée comme une fille qui n'est jamais sortie de l'enfance et, après sa mort, elle sera enterrée sans honneurs dans le cimetière des enfants ; il en est ainsi chez les Samo⁶⁰ [...] être honoré après sa mort, suppose donc d'avoir accompli son devoir de procréation et d'avoir eu une descendance viable qui, transmettant la vie reçue, permet aux ancêtres de continuer d'exister.

Dans la même veine, Jaovelo-Dzao (1996) découvre qu'au Madagascar, les femmes et les hommes morts sans enfant sont privés des rituels destinés à conférer aux défunts le statut d'ancêtre. Dès lors, ces morts n'entrent pas dans le *panthéon des ancêtres* divinisés et leur mémoire est oubliée dans le monde des vivants.

⁶⁰ Samo : peuple d'Afrique de l'Ouest situé au nord-ouest du Burkina et au sud du Mali.

Au total, il apparaît que dans beaucoup de sociétés surtout africaines, le statut reproductif du défunt est déterminant dans l'organisation de ses obsèques. En d'autres mots, les enfants confèrent aux parents le droit d'avoir de dignes obsèques et pourvoient aux dépenses des rites funéraires onéreux en vogue dans bien de sociétés africaines. Et à l'aune de ce qui précède, les répondants estiment qu'être parent permet de bénéficier de rites funéraires socialement enviés, d'où la perception de l'enfant en tant que *garant des funérailles* c'est-à-dire des cérémonies funéraires fastueuses. Ce savoir est une composante de la représentation sociale de l'enfant chez les répondants.

4.4.1.3 L'enfant, la plus importante de toutes les « réalisations » de l'être humain

Pour certains répondants, le discours sur les enjeux de l'enfant se construit de manière à en faire l'ultime « réalisation » d'un être humain. De plus, ils estiment que la reproduction est un phénomène inné et aucun d'eux ne comprend le sens de la vie humaine en dehors de la reproduction. Cette vision de la reproduction ou du moins de l'enfant est argumentée dans le discours des répondants avec des affirmations fortes voire stéréotypées. Bognon, 24 ans, maçon et père de 5 enfants ; et Dossou, 50 ans, fermier et père d'une douzaine d'enfants affirment respectivement que :

[...] quelle que soit la richesse d'une personne, sans enfant, sa richesse ne vaut rien. Sans enfant, on n'a aucune valeur [...].

Sans enfant, l'Homme [le répondant a utilisé le mot Gbèto⁶¹] n'est rien dans cette vie. L'Homme sans enfant est un arbre qui ne porte pas de fruits.

⁶¹ Gbèto : Terme générique qui désigne en langue nationale fon, une personne humaine sans égard pour le sexe.

Parmi les répondants qui portent cette vision de l'enfant, on compte également des femmes dont Sessi, 31 ans, coiffeuse et mère de 2 enfants ; et Rachida, 37 ans, couturière et mère de 6 enfants. Nous avons entendu de l'une et de l'autre des réflexions suivantes au sujet de leurs perceptions de l'enfant :

L'enfant est plus important que toute chose dans cette vie. Quelle que soit la fortune d'une personne, elle n'est rien sans enfant [...]. Dans ce monde, c'est une souffrance de ne pas avoir des enfants.

Dans la vie si tu n'as pas d'enfants, tu n'es rien même si tu es le plus riche du monde parce que l'argent ne peut pas tout faire. L'enfant est plus important que tout dans la vie parce que personne ne peut acheter un enfant avec de l'argent. Même si tu as adopté un enfant avec de l'argent, cet enfant va demander un jour sa propre mère. Donc un enfant adopté n'est pas l'équivalent d'un enfant biologique.

Cette vision *dogmatique* de l'enfant élaborée dans une posture essentialiste contraste avec d'autres constats de recherche. Par exemple, en contexte occidental, devenir parent est une option de vie parmi tant d'autres (Charton et Lévy, 2017). Ainsi, la variété desdites options indique la possibilité de choisir pour diverses raisons, de ne pas se reproduire. D'ailleurs, l'analyse des discussions sur des fora en ligne autour de l'infécondité par des non-parents par choix, révèle que leur positionnement par rapport à la procréation se fonde sur des motifs personnels et sociétaux allant de l'absence de désir d'enfant aux enjeux écologiques et de surpopulation en passant par le manque d'amour pour les enfants et les rôles et contraintes inhérents à la parentalité (De Pierrepont et Lévy, 2017, p. 183-191). Pour étayer ce qui les motive à opter pour l'infécondité volontaire, les internautes non parents par choix ne tarissent pas d'arguments. Les propos suivants, rapportés par les auteurs, sont issus de leurs discussions :

Une plus grande maison... de meilleures voitures, ne pas avoir à protéger des choses dangereuses/fragiles. Avoir de belles choses, des antiquités, des œuvres d'art [avis d'un homme].

Je déteste vraiment, vraiment les enfants et tout ce qui les concerne : le bruit, l'odeur, le coût, la restriction de mes libertés personnelles, le fait qu'ils ne disparaissent jamais, les enfants engendrant plus d'enfants, la gourmandise surdimensionnée des bébés, la

morve, le vomi, la merde, les crises d'adolescence, la stupidité, il n'y a pas une seule chose sur les enfants et les parents que j'aime [avis d'une femme].

Je ne contribuerai pas au problème sévère de surpopulation de la planète. Le nombre actuel est plus de 7 milliards, d'ailleurs. Combien au juste de personnes de plus allons-nous enfoncer dans cette cabine téléphonique avant de nous rendre compte qu'assez, c'est assez ? [Avis d'une femme].

J'aime mon mari et notre relation. Je ne veux pas que cette dynamique soit foutue avec un enfant [avis d'une femme].

De toute évidence, les non-parents par choix motivent l'option de l'infécondité volontaire par des arguments propres à leurs cadres de référence. Cependant, ce choix pourrait paraître étrange pour les personnes que nous avons enquêtées au cours de notre étude. Par exemple, Alougba, 26 ans, Professeure des collèges et primigeste risque de ne pas comprendre l'avis de l'intervenante qui renonce à la procréation pour préserver sa vie conjugale. Parce que selon Alougba : « [...] si une personne se marie et ne pense pas à avoir des enfants, il doit avoir un dérèglement à son niveau. Une personne mariée doit avoir des enfants ».

Au total, aux dires de certains répondants, la vie humaine n'a de sens que par et pour la reproduction. Ainsi, l'opinion faisant de l'enfant la plus *importante possession* de l'être humain, fait partie intégrante de la représentation sociale de l'enfant chez les répondants.

4.4.1.4 L'enfant représenté comme le moyen d'acquisition du respect social et d'accomplissement de la féminité

Certains répondants recourent au terme *honneur* dans la description de leur perception de l'enfant. Les personnes concernées estiment que l'enfant est un « objet » de gloire et de respect social pour les parents notamment pour les femmes. Dans ce registre, des femmes iraniennes avouent dans une étude portant sur la valeur de l'enfant qu'entre autres, la parentalité a contribué énormément au renforcement de

leur position sociale en termes de considération au niveau de la communauté (Akbar, 1988). De même, des intervenantes en santé et adolescents québécois confient à Dufort et coll. (2005) que la grossesse précoce n'est pas qu'un problème parce qu'elle est également motivée par le désir de conquête de pouvoir social chez certaines adolescentes. Plusieurs extraits discursifs mettent en évidence cette perception de l'enfant dans notre étude :

[...] si on a un enfant, on est respecté plus que les personnes qui n'ont pas d'enfants [Gnonmi, 31 ans, professeure de collège et mère de 3 enfants]

Si tu es une femme sans enfant, ton entourage ne te considère pas. Toi-même, tu ne peux pas être à l'aise dans ta famille à moins que tu sois une mauvaise femme. C'est obligatoire pour une femme d'avoir des enfants [Tchégnon, 35 ans, revendeuse et mère de 5 enfants].

[...] au temps de malheur comme le moment de deuil par exemple, les filles rentrent chez leurs parents avec les membres de leur belle-famille. Cela constitue un grand honneur pour la famille de la fille [Gbessin, 53 ans, maçon et père de 10 enfants].

[...] les femmes qui accouchent ont une dignité qui manque aux femmes qui n'ont pas d'enfants [Adjoua, 23 ans, ménagère et mère d'une fille].

Tout compte fait, l'enfant constitue un honneur pour ces répondants. Mais au-delà de cette vision de l'enfant, la reproduction est aussi décrite comme un moyen d'accomplissement de la féminité. Cette perception de la procréation est plus prégnante chez les femmes que chez les hommes. En effet, nous avons souligné dans la problématique de recherche qu'au Bénin, la maternité est la plus importante fonction de la femme (Fourn, 2011). Ainsi, c'est par la reproduction que la Béninoise justifie ou confirme sa féminité comme l'attestent les propos d'une ménagère et mère de famille nombreuse : « [...] une femme qui n'enfante pas devient la risée de tous. Elle n'a aucune paix. Sans enfant, la femme ne vaut rien ».

Cette propension sociale qui consiste à essentialiser la femme à travers la reproduction n'est pas une situation typique des Béninois. En Inde, les femmes hindoues confient à Dufour (2017) que se reproduire est la condition indispensable

pour devenir une *femme complète* dans leur contexte social. Aussi, ces femmes apprennent-elles à la chercheuse que culturellement la mise au monde d'un garçon est l'acte ultime d'accomplissement de la féminité dans leurs localités. D'autre part, plusieurs travaux de recherche tels que Dyer et coll. (2002) en Afrique du Sud ; Widge (2005) en Inde ; Hollos et coll. (2008) en Tanzanie révèlent que des personnes stériles surtout des femmes sont victimes d'isolement social ou d'irrespect ou des deux traitements.

Somme toute, les répondants sont formels sur l'importance de la reproduction en termes de considération sociale notamment pour les femmes. Ainsi, ceux-là perçoivent l'enfant comme un « objet » d'*honneur*. Cette perception de l'enfant est un élément constitutif de sa représentation sociale chez les répondants.

4.4.1.5 L'enfant, le principal motif de bonheur pour les parents et les couples

Les enfants représentent une fierté et la principale source de joie et de bonheur pour bon nombre de répondants. Selon leurs récits, la reproduction est une expérience jouissive unique parce que la vie humaine notamment dans sa dimension conjugale serait insignifiante voire terne en dehors de la procréation. De plus, ils affirment que l'envie de vivre la joie et le bonheur relatifs à l'enfant, a été également un motif de leur choix de procréer comme le soulignent Goussault et Jacob (2011, p. 125-126) dans les propos ci-dessous :

Le désir d'enfant signifie pour beaucoup de couples le bonheur, l'amour et la concrétisation de leur union, c'est un désir narcissique, affectif et d'expressivité lié à une certaine stabilité du couple marié ou cohabitant. Symbole d'épanouissement personnel et de réussite du couple, il est aussi vécu dans beaucoup de familles comme un devoir d'enfant [...]. Le désir d'enfant est socialement encouragé, comme une norme sociale, il répond à un certain conformisme, il est un puissant facteur d'intégration sociale.

Djognissou, 40 ans, institutrice et mère de 3 enfants explique le rôle que l'enfant joue dans la stabilité du couple au Bénin et surtout en quoi fait-il le bonheur des parents :

[...] si on est dans un couple sans enfant, imaginez un peu l'ambiance dans cette maison-là ! C'est de l'homme à la femme et ça s'arrête là. Mais dès qu'un seul enfant apparaît dans ce couple, tout change [...]. Je suppose qu'à 40 ans déjà, je n'ai pas d'enfant, vous voyez ? [...] Ça crée déjà un problème. La famille va dire à l'homme (son mari), tu as pris une femme incapable de nous donner un enfant. Et on commence par lui proposer une autre femme. En cas de stérilité de la femme, sous la pression familiale, l'homme crée une seconde famille dehors pour avoir des enfants. C'est un plaisir pour la femme de faire les enfants des deux sexes à son mari.

Ce discours trahit l'injonction sociale qui est faite au couple concernant la reproduction. De plus, il met en lumière le bonheur conjugal qui s'associe à l'accomplissement de ce devoir dont le manquement expose au harcèlement voire à l'ostracisme social. Donc, le couple béninois qui réussit à répondre aux normes sociales en matière de procréation en tire un réel bonheur. Néanmoins, nous avons également remarqué dans ce contexte social nataliste que la recherche du bonheur inhérent à la reproduction peut avoir une dimension personnelle reposant sur les besoins affectifs individuels. D'autres études dont Van Balen et Trimbos-Kemper (1995) ; Dyer et coll. (2008) montrent dans divers contextes que le désir d'enfant des couples inféconds est essentiellement motivé par la recherche du bonheur et du bien-être personnel. Dans notre étude, des extraits discursifs tendent à corroborer le lien entre la quête du bonheur personnel et le désir d'enfant. Il s'agit par exemple des propos suivants :

Oui, je veux un autre enfant. Je veux encore revivre toute l'émotion d'être mère avec moins d'erreurs cette fois. Je souhaite plus profiter de la prochaine grossesse [Folakè, 32 ans, restauratrice et mère d'une fille].

[...] et je décide d'avoir des enfants pour connaître la joie et le bonheur d'être maman [Dossi, 39 ans, pâtissière et mère de 4 enfants].

Sans aucun doute, la joie d'être parent est manifeste dans ces discours où les répondants assimilent l'enfant au *bonheur*. Ainsi, cette image de l'enfant fait partie du contenu de sa représentation sociale chez les répondants.

4.4.2 La procréation désirée aux fins de satisfaire les besoins vitaux, de sécurité et de protection pendant la vieillesse

La volonté de satisfaire les besoins vitaux, de protection et de sécurité pendant la vieillesse est au cœur du discours sur la formation et la réalisation du désir d'enfant des répondants. Nous allons restituer ici, les résultats portant sur ces modalités de connaissances profanes identifiées dans le matériel discursif.

4.4.2.1 L'enfant représenté comme « l'assurance vieillesse » destinée à satisfaire des besoins alimentaires, de soins corporels et de santé des personnes âgées

La quasi-totalité des répondants déclarent avoir fait le choix d'enfanter dans la perspective d'être soutenu pendant la vieillesse. En termes précis, ils estiment qu'avoir des enfants constitue la garantie de pouvoir bénéficier pendant la vieillesse des soins corporels, des soins de santé, de la nourriture et d'autres soutiens de nature financière. Dans la même veine, des études entreprises dans plusieurs régions du monde et prenant en compte une variété de couches socio-économiques montrent dans les pays à faibles revenus qu'entre autres, les enfants ont une valeur économique en termes de soutien aux personnes âgées (Hoffman et Hoffman, 1973). Aussi, dans l'analyse d'un large éventail d'études portant sur les conséquences sociales et culturelles de l'infécondité dans des pays démunis notamment d'Afrique et d'Asie, Van Balen et Bos (2009) observent-ils que pendant la vieillesse, des personnes qui n'ont pas enfant sont exclues, stigmatisées et ne bénéficient d'aucun soutien économique et affectifs. Selon les discours que nous avons recueillis, le sort qui est réservé à ces personnes âgées est évitable lorsqu'on se reproduit. Plusieurs répondants soutiennent cette thèse. Ahouéfa, une jeune coiffeuse à peine majeure et mère d'un enfant a déjà un discours assez instructif sur la situation qu'elle décrit en ces termes :

Il est bon d'avoir des enfants parce que pendant la vieillesse, mes enfants vont m'entretenir. Pendant la vieillesse, les enfants sont utiles pour laver le linge des parents âgés et leur donner à manger. [...] ils prennent également en charge les frais des soins de santé des parents âgés.

En approuvant cette vision de l'enfant, Fifamè, 37 ans, revendeuse et mère de 3 enfants ainsi qu'Ablavi, 29 ans, revendeuse et mère de 3 enfants déclarent respectivement :

Tu sais qu'on fait des enfants dans l'espoir d'être entretenu dans la vieillesse. Ma mère a fait des enfants et nous l'aidons. C'est à cause de cela que je pense aussi à avoir des enfants. Quand on vieillit, on perd ses forces et en ce moment, les enfants viennent au secours des parents en subvenant à leurs besoins.

[...] mon garçon a été dernièrement le premier de sa classe. J'en étais très fière. C'est ma retraite que je prépare comme ça. Mes enfants vont s'occuper de moi dans ma vieillesse.

Il apparaît dans ces déclarations que les enfants constituent un « *filet de protection sociale* » pendant la vieillesse. Cette fonction sociale des enfants est si ancrée dans la conscience des répondants que personne ne s'imagine une vieillesse privée d'enfant. Ce qui laisse croire que choisir de ne pas se reproduire, c'est renoncer volontiers à la protection et au confort dans la vieillesse. D'ailleurs, Nauck et Klaus (2007) perçoivent dans une étude comparative de la valeur de l'enfant que celle-ci est très grande pour le confort et l'estime dans les pays à faibles revenus avec une fécondité élevée et des systèmes de parenté fondés sur le lignage ; et négligeable dans les pays riches, à faible fécondité avec un système d'assurance sociale public. En d'autres mots, la reproduction est loin d'être un acte désintéressé dans les pays aux revenus faibles et démunis de véritables systèmes d'assurance sociale. Assiba, 28 ans, revendeuse et mère de 6 enfants justifie la pertinence de l'acte reproductif dans le contexte béninois où la politique de sécurité sociale des personnes âgées est presque absente : « Je veux avoir des enfants [...]. Nous sommes appelés à vieillir. La vieillesse est malheureuse si l'on n'a pas d'enfant. Imaginez une personne qui vieillit sans enfants. Que va-t-elle devenir ? ».

L'utilisation de la reproduction dans cette perspective matérialiste centrée sur la recherche d'une vieillesse digne ou heureuse, nous conduit à conclure que l'enfant symbolise une *assurance vieillesse* dans le matériel discursif. Donc, ce portrait de l'enfant est un élément constitutif de sa représentation sociale chez les répondants.

4.4.2.2 L'enfant, un rempart pour se protéger de diverses agressions pendant la vieillesse

Une autre motivation du désir d'enfant est rapportée par un nombre relativement important de répondants. Ceux-ci disent qu'être parent s'accompagne du privilège de se prémunir des agressions pendant la vieillesse. Selon eux, l'enfant représente un *bouclier* qui dissuade les potentiels agresseurs des parents âgées. Cette fonction sociale de l'enfant est d'autant justifiée que Kimber et coll. (2018) mettent en lumière chez des personnes âgées, un sentiment d'insécurité et la volonté de se prémunir d'actes agressifs indépendamment de leurs profils sociodémographiques. De plus, d'autres auteurs tels que Beaulieu et Lussier-Therrien (2016) et Berg et coll. (2014) révèlent que des personnes âgées sont victimes d'abus divers dont les agressions sexuelles et physiques. Soulignons aussi que plusieurs facteurs de risque individuels, familiaux, communautaires et socioculturels contribuent-ils aux agressions des personnes âgées (OMS, 2018). Ainsi, l'isolement social des gens stériles, donc vulnérables dans un contexte où s'accroissent les violences faites aux personnes âgées, constitue sans doute un motif du désir d'enfant chez certains répondants. D'ailleurs, les propos ci-dessous font partie des raisons qu'ils avancent pour expliquer le choix d'avoir des enfants notamment de sexe masculin.

[...] les garçons constituent un rempart, une protection pour les parents. Si une personne veut t'embêter et constate la présence de tes garçons, elle se ressaisit [Sotoudé, 38 ans, coiffeur et père de 3 enfants].

Si quelqu'un décide de porter atteinte à votre intégrité physique et se souvient de la présence de votre garçon, il se rétracte. Le garçon incarne une certaine sécurité dans la maison [Fagbè, 39 ans, instituteur et père de 4 enfants].

Si tu as un garçon dans la famille, si les gens veulent te parler en famille, ils réfléchiront par plusieurs fois avant de dire des choses parce qu'ils vont se dire, son garçon est là [Vihoutou, 32 ans, couturière et mère de 5 enfants].

Les garçons défendent les parents des agressions physiques ou morales. Les garçons sont courageux pour le faire. Moi personnellement, je suis très fier d'être en présence de mon garçon [Comlan, 30 ans, professeur des collèges et père de 3 enfants].

[...] les enfants sont un rempart pour les parents dans la vieillesse. Personne ne peut m'agresser si j'ai des enfants. Si je suis là et qu'une personne veut agresser ma mère, je prends rapidement sa défense contre l'intrus. Si elle n'a pas d'enfant qui va la défendre ? [Ablavi, 29 ans, revendeuse et mère de 3 enfants].

Dans ces discours, l'enfant est décrit comme un véritable instrument de protection et de sécurité physique des parents âgés. Dès lors, il est le *défenseur des parents* âgés contre les agressions. Cette perception constitue sans doute une composante de la pensée sociale de l'enfant chez les répondants.

Dans ce chapitre finissant, nous avons mis en évidence une image idyllique de l'enfant à travers les fonctions sociales perçues par les répondants. Cependant, leurs attentes sociales varient en fonction du sexe des enfants. En termes précis, les rôles des filles et des garçons sont représentés différemment en ce qui regarde la satisfaction des besoins fondamentaux des adultes et des personnes âgées.

4.5 Les portraits et les fonctions sociales spécifiques de l'enfant selon le sexe

L'activation des catégories thématiques et l'examen minutieux des extraits de discours qui y sont codés révèlent des nuances sexospécifiques importantes dans la représentation des filles et des garçons. Plus précisément, des catégories thématiques mettent en évidence les attentes sociales spécifiques selon le sexe des enfants.

4.5.1 Image de l'enfant de sexe féminin et les attentes sociales y relatives

En analysant les *verbatim* codés dans les catégories thématiques, nous constatons que les répondants insistent particulièrement sur l'importance d'avoir des enfants de sexe féminin dans le thème « *assurance vieillesse* ». Rappelons que cette image de l'enfant c'est-à-dire « *l'enfant-assurance vieillesse* » émerge de la solidarité intergénérationnelle matérialisée par le soutien économique et affectif des enfants aux parents âgés. Et ce, parce que le Bénin ne dispose pas d'une véritable politique de sécurité sociale en faveur des personnes âgées. Ainsi, l'enfant devient une *mesure de protection sociale* qui couvre les besoins vitaux des parents pendant la vieillesse. À ce sujet, les répondants sont formels. C'est l'enfant de sexe féminin qui incarne l'espoir de combler ces attentes auprès des personnes âgées. À l'endroit des parents âgés, disent-ils, les filles sont plus sociables et manifestent plus de générosité, d'empathie et de compréhension. Le dévouement des femmes pour leurs parents pendant la vieillesse a été remarqué dans plusieurs contextes sociaux. Par exemple en France, 70 % des enfants aidants sont des femmes (Dutheil, 2001). Chez les Sénégalais, les dynamiques intergénérationnelles en matière de soutien aux parents âgés sont caractérisées par un plus grand investissement des filles que des garçons (Gning, 2017)⁶². À ce sujet, la chercheuse mentionne ceci :

L'observation des dynamiques intergénérationnelles de l'aide apportée aux parents vieillissants montre [...] que les femmes y contribuent plus que les hommes. En effet, les femmes consacrent plus de temps aux parents dépendants ou touchés par une incapacité physique ou mentale. Par exemple, il ressort de nos données que des filles mariées sont contraintes de revenir dans le domicile parental pour s'occuper de leur mère malade. Elles entretiennent ainsi avec leur mère des liens privilégiés pouvant aller du toilettage aux confidences les plus intimes. Chez les hommes, la proximité perceptible entre père et fils se limite à une assistance physique et pratique lors des soins médicaux ou à un accompagnement lors d'un voyage de santé en ville ou à

⁶² L'article de Gning est en ligne sous ce lien <https://www.erudit.org/fr/revues/efg/2017-n27-efg03613/1045074ar/>, en version HTML (HyperText Markup Language) que nous avons consultée en septembre 2019. Il n'est pas possible de l'avoir en version PDF pour situer la page de la citation.

l'étranger. [...] La forte prégnance des normes de redistribution a un véritable rôle à jouer sur la reconnaissance des statuts entre aidants féminins qui s'investissent plus que les aidants masculins.

Cette représentation des filles est très ancrée dans le discours des répondants. Les propos de Dossou peignent parfaitement la situation. Pour rappel, Dossou est quinquagénaire et propriétaire d'une grande ferme. L'homme a une douzaine d'enfants équitablement répartis entre les deux sexes. La plupart d'entre eux poursuivent les études universitaires en ville. Aussi, est-il un défenseur irréductible de l'importance des garçons au sein d'une famille. Il ne peut pas imaginer sa vie en dehors d'enfants de sexe masculin. D'ailleurs, c'est avec un air condescendant qu'il parle de ses garçons. Néanmoins, voici ce qu'il dit quand nous lui demandions les raisons qui soutiennent son désir d'enfant de sexe masculin :

Je souhaiterais avoir plus de filles que de garçons parce qu'à l'âge adulte, les garçons se plaignent toujours de manque d'argent. C'est rarement qu'ils vont me donner d'argent. Les garçons ne dépensent pas assez sur les parents parce qu'ils ont aussi leurs problèmes. Ils s'occupent de leurs foyers. Mais il y a des avantages à avoir des garçons.

Lorsque nous l'interrogeons ensuite sur les motifs de son désir d'enfant de sexe féminin, l'homme se redressa sur sa chaise, recomposa sa posture et dit avec une fierté contagieuse :

Il y a beaucoup d'avantages à avoir des filles. Mes filles vont me donner à manger, m'aider à laver mes vêtements, me puiser de l'eau et balayer ma chambre. [...] à mon appel, mes filles vont courir pour venir me voir. Ce qui n'est pas le cas des garçons qui vont s'occuper de leurs affaires. Les filles sont plus empathiques envers les parents. Si mes filles sont mariées à des hommes fortunés, elles vont me donner tout ce que je veux.

La quasi-totalité des répondants justifient leur désir d'avoir des filles par des arguments similaires :

C'est un avantage d'avoir des filles [...]. Tout le monde sait que les filles entretiennent mieux les parents que les garçons. À la naissance de la fille, on n'est pas toujours content y compris le mari mais finalement, c'est la fille qui est plus avantageuse que le garçon en raison de son attention à l'endroit des parents. Les filles pensent très souvent à leurs parents, ce n'est pas le cas des garçons [Sessi, 31 ans, coiffeuse et mère de 2 enfants].

Je veux avoir deux filles pour me faire soigner pendant ma vieillesse. En temps de maladie par exemple, mes filles viendront me voir à tour de rôle pour laver mes linges, me donner à manger et me faire la toilette [Bognon, 24 ans, maçon et père de 5 enfants].

[...] en un mot, ma fille va s'occuper de mes toilettes en cas de maladie ou de vieillesse ou d'incapacité physique. Dans les moments d'incapacité physique d'un parent, rien n'est plus utile que l'aide d'une fille [Kohoué, 47 ans, restauratrice et mère de 4 enfants].

Les filles sont plus empathiques vis-à-vis des parents que les garçons. Par exemple, même mariées, les filles se soucient beaucoup du bien-être des parents concernant les besoins alimentaires. Mais chez les garçons, s'occuper des parents dans la vieillesse n'est pas le premier réflexe [Kpoussou, 30 ans, soudeur et père de 4 enfants].

Moi, je veux avoir des filles parce que les filles aiment plus les parents que les garçons. Si un parent appelle sa fille et son garçon pour lui régler un problème, la fille interviendra plus vite que le garçon [Akouavi, 32 ans, revendeuse et mère de 5 enfants].

À l'aune des propos des répondants, nous arguons que le désir d'enfant de sexe féminin, est essentiellement mû par le souci de couvrir les besoins vitaux dans la vieillesse. Ainsi, l'image « *assurance vieillesse* » identifiée dans le matériel discursif est probablement celle des enfants de sexe féminin.

4.5.2 Image de l'enfant de sexe masculin et les attentes y relatives

À l'analyse des extraits discursifs codés dans les thèmes, nous observons que l'importance de l'enfant de sexe masculin est prégnante dans deux d'entre eux. Il s'agit des catégories thématiques *protecteur de patrimoine* et *défenseur des parents*. En effet, la perception de l'enfant de sexe masculin en tant que garant de la protection du patrimoine familial et des parents âgés contre les agressions est manifeste dans les propos des répondants. Soulignons que cette image de l'enfant de sexe masculin repose sur la résidence patrilocale et le mode de transmission patrilinéaire qui sont répandus en Afrique noire. Par exemple, en milieu rural sénégalais, la résidence est toujours patrilocale dans la mesure où l'homme marié élit domicile chez ses parents afin que son épouse les aide (Randall et Mondain, 2014). Pour sa part, Ebenstein (2014) observe que des parents asiatiques privilégient la naissance des garçons en

raison des normes patrilocales dictant la cohabitation des hommes avec leurs parents âgés. Aussi, la transmission du patrimoine familial est-elle généralement de nature patrilinéaire dans bien contextes culturels (Groppi et Fine, 1998 ; Timtchueng, 2011). Ces réalités sociologiques en l'occurrence, la corésidence des parents âgés et de leurs fils ainsi que les règles patrilinéaires de transmission de propriété ont sans doute façonné l'image de l'enfant de sexe masculin chez les répondants. Ainsi, ceux-ci confient les propos suivants.

Les garçons constituent une garantie pour la préservation de l'héritage familial. D'ailleurs, ce sont les garçons qui pérennisent le nom de famille. Ils se marient et font des enfants et la famille s'agrandit. Ce sont les garçons qui prennent le devant en cas de différends familiaux et règlent les problèmes [Adjoua, 23 ans, ménagère et mère d'une fille].

Oui, je veux avoir des garçons parce que les garçons vont rester dans la maison, se marier et faire eux aussi des enfants. Ils sont en compagnie des parents toute la vie. Ils permettent d'agrandir le cercle familial [Rachida, 37ans couturière et mère de 6 enfants].

[...] un autre avantage est que lorsqu'une femme a des grands garçons, ils interviennent et protègent leur maman si leur père veut la brimer [Dansi, 29 ans, tisserande et mère de 2 enfants].

Les enfants constituent un rempart contre les agressions des parents. Les enfants dissuadent l'entourage qui serait tenté de nous insulter par peur d'affronter la colère de nos enfants [Houénagnon, 55 ans, ménagère et mère de 8 enfants].

Dans mon cas, j'ai un seul garçon après avoir fait 4 filles. À l'époque, je fus la risée de tout le monde. Tout le monde me reproche de ne mettre au monde que des filles. Et cela me collait à la peau comme un nouveau nom. Mon mari et toute sa famille me harcelaient. Et Dieu merci, j'ai finalement accouché d'un garçon. Je constate que mon mari a un traitement de faveur envers le garçon [Tchégnon, 35 ans, revendeuse et mère de 5 enfants].

Ces propos traduisent clairement que l'enfant de sexe masculin incarne la sécurité physique des parents âgés ainsi que la protection du patrimoine familiale. Pour cela, nous arguons que les images telles que *protecteur de patrimoine* et *défenseur des parents* identifiées dans la représentation sociale de l'enfant, sont celles du garçon.

Somme toute, il apparait à travers l'ensemble des éléments constitutifs de la représentation sociale de l'enfant décrits jusqu'à présent que les répondants en aient

une vision angélique. Et dans cette symbolique lyrique, nous identifions des perceptions de l'enfant qui s'articulent autour de la volonté de se conformer à une injonction sociale ; du désir d'avoir un « objet » dans une perspective essentiellement matérialiste et de l'envie de vivre l'expérience parentale. Aussi, cette représentation de l'enfant révèle-t-elle que son portrait varie considérablement en fonction du sexe. Ainsi, les garçons incarnent le pouvoir indispensable à la sécurité physique des parents affaiblis par le poids de l'âge et l'espoir de pérenniser ou de préserver le patrimoine familial tandis que les filles symbolisent la figure humaniste nécessaire à une vie digne des personnes âgées dans un contexte social où aux dires d'Antoine (2009), celles-ci ne sont pas une priorité politique. Par ailleurs, notons qu'à part cette perception angélique de l'enfant qui suscite chez les répondants le désir de procréer ; la parentalité⁶³ s'associe à des expériences qui font émerger d'autres images moins reluisantes de l'enfant dans le matériel discursif.

4.6 La parentalité : préoccupations et fonctions parentales

À l'aune des raisons qui les incitent à procréer, les répondants ont une vision sublime de l'enfant. Cependant, le récit des expériences de vie parentale fait émerger d'autres images moins flatteuses de l'enfant. Nous allons décrire dans cette partie, cette autre symbolique de l'enfant issue du discours des répondants ainsi que les rôles parentaux en rapport avec le sexe des géniteurs.

⁶³ Selon Lamboy (2009), le terme de « parentalité » est un néologisme officialisé dans les années 1980 et présenté dans la langue courante comme « nom féminin (1985) (renvoyant à) la qualité de parent, de père, de mère » (Le Petit Robert, 2001) ou « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel » (Larousse, 2000).

4.6.1 L'autre symbolique de l'enfant et les préoccupations parentales qui s'y associent

4.6.1.1 L'enfant vu comme un potentiel problème

Lorsque nous abordons les enjeux de la parentalité, les répondants évoquent les difficultés et préoccupations liées aux rôles parentaux et à travers elles, d'autres portraits de l'enfant. Une grosse majorité des répondants est habitée par la peur que l'espoir mis dans l'acte reproductif quant à la prise en charge de leurs vieux jours, soit déçu. Cette crainte conduit les répondants à symboliser l'enfant par le mot « *problèmes* ». Lesdits problèmes regroupent une variété de faits ou de situations potentiels allant du décrochage scolaire au parricide en passant par l'abandon des parents âgés et le bradage du patrimoine familial par les enfants. L'appréhension des répondants est corroborée par les constats de recherche parce que la parentalité est la plus importante variable associée aux problèmes sociaux tels que le décrochage scolaire, la grossesse adolescente, la toxicomanie et les crimes juvéniles etc. (Hoghughi, 1998). De même, lorsqu'ils grandissent dans des familles caractérisées par de mauvaises compétences parentales, les enfants développent une personnalité instable avec des problèmes d'éducation et de relations sociales (Hoghughi et Speight, 1998). En revanche, l'engagement paternel aux côtés des adolescents accroît leur niveau de scolarité et diminue les risques de toxicomanie et de délinquance juvénile (Harris et coll., 1998). Quoique les faibles compétences parentales aient de négatives répercussions individuelles et sociales, un grand nombre de parents jouent leurs rôles sans aucun soutien (Poole, 2003). Cette situation expliquerait la perception de l'enfant exprimée dans les propos suivants :

[...] les rares fois où je sors, je rencontre les mêmes filles avec des hommes différents. Avoir trop d'enfants est un problème. Les parents de famille nombreuse n'éduquent plus leurs enfants. On peut voir des filles de bas âge se prostituer ouvertement et pourtant la mère est là. Et c'est un phénomène qui se généralise [Folakè, 32 ans, restauratrice et mère d'une fille].

[...] les filles à l'adolescence peuvent devenir récalcitrantes, se faire enceinter et devenir un problème pour les parents. Certaines filles peuvent se faire avorter et mourir [Assiba, 28 ans, revendeuse et mère de 6 enfants].

[...] si ton garçon ne réussit pas dans la vie, tu vas avoir davantage de problèmes parce que tu es obligé de le soutenir avec sa femme et ses enfants pour éviter les embêtements des parents de la belle-fille. Les garçons qui ne sont pas de bonne moralité sont aussi un danger pour les parents riches. Ils peuvent les tuer pour vite hériter de leurs biens [Fifamè, 37 ans, revendeuse et mère de 3 enfants].

[...] il faut s'occuper des garçons pour qu'ils apprennent un métier, sinon ils deviennent des délinquants et dangereux pour la famille. L'autre désavantage est que lorsque ton garçon se marie avec une femme qui le domine, alors là tu es dans les problèmes. Il y a des foyers où le garçon doit consulter sa femme avant de faire quoi que ce soit pour ses propres parents. C'est pour cela qu'avoir seulement des garçons est dangereux [Gbessin, 53 ans, maçon et père de 10 enfants].

[...] avec les garçons, il faut s'attendre à tout et surtout prier. Si les garçons n'ont rien, ils dilapident les biens des parents. Il peut arriver que les garçons veuillent de la mort de leurs parents pour hériter de leurs biens. En bref, les garçons peuvent vous créer des ennuis parce qu'ils sont appelés à vivre dans la même maison avec vous [Comlan, 30 ans, professeur des collèves et père de 3 enfants].

Ces propos sont complètement aux antipodes de la vision idéalisée de l'enfant qui fondent le désir d'en avoir des répondants. Ici, les enfants sont explicitement décrits par le terme *problèmes*. Ainsi, nous concluons que cette perception est un élément de la pensée sociale de l'enfant chez les répondants.

En définitive, les thèmes découverts dans l'analyse des entrevues c'est-à-dire les perceptions telles que « *protecteur de patrimoine* » ; « *garant de funérailles* » ; « *principale possession* » ; « *honneur* » ; « *bonheur* » ; « *assurance vieillesse* » ; « *défenseur des parents* » ; « *problèmes* » sont les savoirs profanes significatifs portés et utilisés par les répondants au sujet de l'enfant. Néanmoins, nous avons identifié dans le matériel discursif deux autres portraits de l'enfant qu'il importe d'évoquer en raison de leur spécificité. Dans la conversation, des répondants emploient les termes « *dépenses* » et « *propriété du père* » en parlant de l'enfant, mais ces deux perceptions ne sont pas indispensables pour saisir la signification de l'enfant dans le corpus. Il faut rappeler que le thème « dépenses » est très populaire dans le discours,

mais il n'y a développé que trois relations avec d'autres thèmes. Le thème « propriété du père » est particulier en ce qu'il constitue l'opinion d'une catégorie de répondants notamment des femmes et n'a qu'une seule cooccurrence dans le discours. Or pour être significatif, c'est-à-dire déterminant ou important dans une représentation sociale, un élément constitutif doit être populaire et développer des relations multiples avec d'autres éléments constitutifs dans le discours (Moliner, 1994 ; Negura, 2005 ; Lo Monaco et Lheureux, 2007). Mais à l'analyse des données, les thèmes « dépenses » et « propriété du père » ne présentent pas les deux caractéristiques. Toutefois, nous allons les décrire compte tenu de leur spécificité, car le thème « dépenses » est *populaire* et tandis que le thème « propriété du père » est plutôt *genré*.

4.6.1.2 L'enfant décrit comme une « entreprise » onéreuse

Le sondage des motifs du refus d'enfant supplémentaire révèle chez certains répondants, des inquiétudes ainsi que des difficultés relatives à leurs rôles parentaux. La plupart d'entre eux relativisent le discours classique, généreux et sympathique de la procréation jouissive et impérative. Dans ce registre, un grand nombre de personnes enquêtées abordent la question de la reproduction en termes de projet ou d'entreprise qui nécessitent d'importantes dépenses. Pour preuve, l'entretien et l'éducation des enfants sont relativement chers pour les parents en termes de coûts directs et indirects (Bustreel et Nishimura, 2004). Plus précisément, les enfants représentent 20 à 30 % du budget du ménage (Thévenon, 2009). Toutefois, celui-ci souligne que cette estimation est en-deçà du coût réel des enfants qui doit tenir compte du temps consacré aux soins à eux prodiguer. Par exemple, les biens et services consacrés par la société française pour l'entretien d'un enfant de moins de 20 ans sont évalués à 30 000 euros en 2012 (Math, 2015). Aussi, l'auteur précise-t-il que 62 % de ce coût (23 % pour les biens et services acquis sur le marché et 39 % pour les

tâches domestiques non rémunérés), sont couverts par les parents. Cela suppose que les enfants coûtent vraiment chers pour les parents. La plupart des personnes enquêtées sont conscientes de cette réalité. Et cette image de l'enfant est bien présente dans les propos suivants :

J'ai arrêté de procréer parce que les temps sont durs. Mes revenus ne sont pas consistants pour avoir plus d'enfants. Les enfants coûtent trop chers aujourd'hui. [...] c'est des dépenses [Dakossi, 45 ans, infirmier et père de 4 enfants].

[...] si mon mari ne veut pas aussi trop dépenser, il peut penser à cette solution (la contraception) parce que les enfants constituent des dépenses [Vihoutou, 32 ans, couturière et mère de 5 enfants].

Je ne veux plus un autre enfant parce que la vie est trop dure. Les choses coûtent chères et mon mari devient de plus en plus vieux et ne peut plus supporter un autre enfant [Kohoué, 47 ans, restauratrice et mère de 4 enfants].

Au total, les répondants ont procréé en raison des motivations du désir d'enfant que nous énumérons précédemment. Cependant, la plupart d'entre eux restent très réflexifs sur les enjeux liés aux coûts du comportement reproductif et n'hésitent pas à représenter l'enfant par les dépenses requises pour son entretien. Autrement dit, l'enfant constitue des dépenses selon eux. Cependant, cette image de l'enfant n'est pas significative dans la représentation sociale de l'enfant quoiqu'elle soit diffuse chez les répondants. En d'autres mots, le thème « dépenses » n'est pas décisif ou déterminant pour comprendre le sens que les répondants attribuent à l'enfant. Nous en voulons pour preuve qu'il ait 3 cooccurrences c'est-à-dire qu'il n'ait développé que 3 relations avec les autres thèmes dans le discours.

4.6.1.3 L'enfant peint en « propriété » personnelle du père

De tous les éléments constitutifs de la représentation sociale de l'enfant découverts dans le discours, le thème « *propriété du père* » est exclusivement d'essence féminine. Autrement dit, c'est la seule perception de l'enfant qui est portée uniquement par des femmes. Donc, il s'agit d'une vision atypique de l'objet représentationnel.

Plus précisément, une bonne partie des répondants de sexe féminin estiment que l'enfant est la propriété de son père. Cependant, il convient de nuancer l'ancrage sociologique de cette image de l'enfant à la lumière du matériel discursif. . Soulignons que l'affirmation selon laquelle l'enfant est une propriété du parent masculin repose d'abord, sur l'organisation sociale patrilinéaire qui dicte la transmission du patronyme à l'enfant. Ensuite, en tirant argument de cette réalité sociale, certaines femmes déclarent que la prise en charge notamment financière de l'enfant est du ressort paternel. Dès lors, le père devient le principal pourvoyeur des fonds requis pour l'éducation de ses enfants. Évidemment, la teneur des propos des femmes assimilant l'enfant à une *propriété du père* révèle moins son image qu'un discours élaboré dans une stratégie de désengagement des mères vis-à-vis des coûts directs de l'enfant. D'ailleurs, cette image n'est pas centrale à la représentation sociale de l'enfant. L'enfant constitue, en réalité, dans la plupart des cultures surtout d'Afrique, une *multipropriété* c'est-à-dire appartenant au lignage, aux parents biologiques et à l'État (Segalen, 2010). En fait, les femmes s'approprient cette image atypique de l'enfant uniquement pour justifier et interpréter leur rapport aux fonctions parentales notamment paternelles. Le discours ci-dessous nous donne un aperçu de la réalité :

[...] mon garçon a été dernièrement le premier de sa classe. J'en étais très fière. C'est ma retraite que je prépare comme ça. Mes enfants vont s'occuper de moi dans ma vieillesse. [Revendeuse, 29 ans, mère de trois enfants].

Pourtant, cette femme (citée plus loin sur les rôles parentaux) fait partie de celles qui considèrent l'enfant comme une *propriété du père* du fait de son patronyme avant de souligner les implications financières associées pour le père. Cette posture dualiste de des femmes qui font de l'enfant un bien paternel avec des responsabilités budgétaires exclusives pour le parent de sexe masculin, d'une part; et une assurance vieillesse pour les deux parents, d'autre part; confirme la remarque de Segalen (2010) qui le définit à juste titre comme une multipropriété. Afin de mieux saisir la nuance qui

traverse le fondement du discours féminin faisant du père le *propriétaire de l'enfant*, nous allons recourir à la perception des rôles parentaux chez les répondants.

4.6.2 Les fonctions et rôles parentaux perçus par les répondants

S'appuyant historiquement sur une référence théocratique, les fonctions parentales étaient dites d'essence divine (Neyrand, 2013). Ainsi, le dogme religieux positionne l'homme en chef de la famille et assigne la femme à la fonction maternelle, d'éducation et de soins aux jeunes enfants. Et puis l'auteur indique que progressivement, la division sexuelle des rôles parentaux a été remise en cause notamment en Occident par des événements dont le salariat féminin, la libération des femmes de la maternité subie et l'homoparentalité. Aux facteurs qui défont la nature sexospécifique de la parentalité, s'ajoutent les avancées juridiques en termes de garde physique partagée (Côté et Gaborean, 2015). Ces faits conduisent à une mutation profonde de l'ordre familial ancien au profit d'une autorité parentale co-exercée par les parents sans égard pour leur l'appartenance sexuelle (Brunet et coll., 2008). Ainsi, comme le résume Neyrand (2013)⁶⁴ :

[...] la « solution paternelle » ... a été progressivement remplacée par un dispositif de parentalité mettant sur un pied d'égalité les deux parents. Or, ce que la montée du dispositif de parentalité depuis les années 1970 manifeste, c'est bien la sortie de la référence au père comme organisateur de la sphère privée et de son ordre au profit d'une égalisation des positions parentales, qui participe d'une mise en perspective des rôles de sexe et des fonctions parentales, sans qu'il soit nécessaire d'y prédire la fin des identités sexuées.

⁶⁴ Le livre de Neyrand (2013) est en ligne sous ce lien <https://www-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/pere-mere-des-fonctions-incertaines--9782749239385.htm> , en version HTML (HyperText Markup Language) consultée en septembre 2019. Il n'est pas possible de l'avoir en version PDF pour situer la page de la citation.

Néanmoins, l'approche de la parentalité en termes de rôles de père et de mère constitue les représentations prégnantes des fonctions parentales. Lesquelles perceptions conduisent les parents à se conformer à des normes, à des sortes de cahiers de charges prescrivant ce que sont ou doivent être un père ou une mère (Khoury, 2013). Aussi, faut-il souligner que les rôles de père et de mère s'inscrivent dans un dispositif parental historique et géographique (Tort, 2013). Autrement dit, les perceptions ou les réalités des fonctions parentales varient dans le temps et l'espace. Pour ce qui est de la culture béninoise, nous allons présenter les fonctions parentales telles qu'elles sont perçues, vécues et racontées par les répondants.

4.6.2.1 Le père perçu comme étant le parent responsable des dépenses du ménage et de l'ordre familial

L'exploration du matériel discursif montre que le père est considéré comme étant le parent devant assurer le rôle de gestionnaire de la famille. Ce qui traduit clairement une distinction du rôle paternel du celui de la mère. Or la dichotomie des rôles parentaux manifeste des rapports sociaux de sexe et de genre (Tort, 2013). C'est dire qu'au Bénin, les rôles parentaux sont traversés par des rapports de sexe inégalitaires. D'ailleurs, le rôle paternel prédomine le discours sur la parentalité. Presque tous les répondants mentionnent que le père a un devoir fondamental dans la famille en l'occurrence celle de pourvoyeur des dépenses du ménage et de maintien de l'ordre. Aux dires de ceux-ci, le père est le pivot c'est-à-dire le chef de la famille. Pourtant, le droit béninois de la famille et la Constitution consacrent l'égalité entre les sexes (Honvou, 2016). Aussi, le code des personnes et de la famille, loi béninoise organisant les rapports entre les différents membres de la famille c'est-à-dire les conjoints et les enfants souligne-t-il ce qui suit :

Article 155 : Les époux assurent ensemble la direction morale et matérielle de la famille. Ils pourvoient à l'éducation des enfants et préparent leur avenir.

Article 158 : [...] Les époux contractent ensemble, par leur mariage, l'obligation de nourrir, entretenir, élever, et éduquer leurs enfants.

Malgré la clarté des lois en matière de responsabilités parentales et d'égalité entre homme et femme, les fonctions parentales sont sexuées en raison des rapports sociaux genrés qui caractérisent la culture patriarcale du Bénin. Ainsi, les dynamiques conjugales s'organisent autour du pouvoir masculin. Plusieurs répondants renseignent que le pouvoir de l'homme dans le couple est d'essence divine et légitimé par les tâches clés auxquelles l'intéressé ne doit pas faillir. Cette prégnance du rôle du père dans la famille béninoise s'apparente à la défunte puissance paternelle des sociétés féodales occidentales, rapportée par St-Denis et St-Amand (2010) et qui chemin faisant, disparaît au profit d'un rapport à la parentalité plus démocratique et équilibré entre parents des deux sexes (Neyrand, 2013). Néanmoins, il importe de souligner que la puissance paternelle décrite par les répondants a une vocation exclusivement protectrice et constructive. En règle générale, nous notons dans le discours que l'autorité paternelle s'articule autour de la prédisposition supposée du père à pourvoir aux ressources nécessaires au bon fonctionnement du foyer. Divers arguments justifient l'importance du rôle de père au sein du modèle familial béninois comme les répondants le mentionnent dans les extraits de discours suivants :

Le père doit pourvoir aux dépenses familiales parce que les enfants portent son nom, donc ils sont sa propriété

Le père doit donner les moyens pour nourrir les enfants. Il doit forcément acheter les fournitures scolaires des enfants... Le père a des rôles obligatoires parce que c'est son nom que les enfants portent. Donc, les enfants sont sa propriété [Houénagnon, 55 ans, sans instruction et mère de 8 enfants].

Les enfants relèvent d'abord de la responsabilité de leur père parce qu'ils lui appartiennent [...]. C'est son nom que les enfants portent... En bref, le rôle du père est de pourvoir aux besoins alimentaires, vestimentaires, aux frais scolaires et de santé etc. [Ahouéfa, 19 ans, sans instruction et mère d'un enfant].

Le père doit pourvoir aux dépenses familiales parce que c'est son rôle naturel

Ce n'est pas à moi de faire ça. Ce n'est pas la société de maintenant qui veut tout gâter hein. Ce n'est pas ça hein. Moi, je quitte tout pour venir rester chez lui. Le père des enfants doit s'occuper des frais de scolarité, du loyer, de la nourriture et des dépenses du foyer. Avec mon argent, j'achète des biens et aide mes parents [Folakè, 32 ans, études universitaires et mère d'un enfant].

C'est le père. Le père doit assurer la scolarité des enfants. C'est le père qui assume les vêtements, les soins de santé et la nourriture pour les enfants [Gnonmi, 31 ans, études universitaires et mère de 3 enfants].

Je pense que c'est principalement le rôle du père. Mon père est mort quand je suis encore jeune et c'est ma mère qui m'a élevé. J'ai vu comment elle nous a entretenus ma sœur et moi. Moi, je suis conscient que c'est de la responsabilité de l'homme de s'occuper des enfants. Le rôle de père est d'aller chercher de l'argent pour pourvoir à toutes les dépenses de soins de santé, à la nourriture, à la scolarité etc. [Badoussi, 44 ans, sans instruction et père de 4 enfants].

[...] la responsabilité revient aux parents. Un enfant a besoin de la présence d'un père et d'une mère pour être éduqué mais c'est le père qui doit fournir les moyens nécessaires c'est-à-dire donner les moyens pour nourrir, soigner et scolariser les enfants [Comlan, 30 ans, études universitaires et père de 3 enfants].

Le père doit pourvoir aux dépenses familiales parce qu'il est le chef de la famille

[...] c'est le père des enfants qui doit s'occuper de scolariser, de nourrir, de soigner et de loger les enfants parce que c'est lui qui est le chef de la famille [Akouavi, 32 ans, études secondaires et mère de 5 enfants].

Le père doit veiller à la scolarité des enfants. Pour les soins de santé, ma femme et moi faisons ensemble mais le gros lot des dépenses incombe au père parce qu'il est le chef de la maison. La mère et les enfants sont sous sa responsabilité. En réalité, c'est au père de famille d'assurer la santé, le logement, l'alimentation, la scolarité dans le ménage [Assogba, 35 ans, études universitaires et père de 5 enfants].

Pour dire la vérité, c'est le rôle du père parce qu'il est le chef de la famille. C'est le père qui doit faire les dépenses de soins de santé des enfants quand ils sont malades. Il doit aussi payer leurs frais de scolarité etc. [Dansî, 29 ans, sans instruction et mère de 2 enfants].

Le père doit pourvoir aux dépenses familiales parce que c'est la volonté de Dieu

Selon moi, c'est le père qui doit s'occuper des enfants en ce qui concerne les dépenses. Moi, je suis une femme, donc c'est l'homme qui doit s'en occuper. C'est la volonté de Dieu que le père travaille et s'occupe de ses enfants... Donc, les dépenses lui incombent. Le père doit pourvoir aux dépenses en ce qui concerne la nourriture, les frais de soins de santé, les frais de scolarité [Sessi, 31 ans, sans instruction et mère de 2 enfants].

C'est le père qui doit s'occuper des dépenses relatives à la scolarité, aux soins de santé, à la nourriture et au loyer etc... Le père des enfants est obligé de faire ces dépenses parce que c'est son devoir... C'est lui qui est la tête du foyer selon la parole de Dieu [Fifamè, 37 ans, sans instruction et mère de 3 enfants].

En plus de son rôle de pourvoyeur de ressources du ménage, les répondants soulignent que le père incarne l'autorité indispensable au maintien de l'ordre familial.

À ce sujet, voici ce que certains nous confient au cours des discussions.

La responsabilité d'entretenir les enfants incombe aux deux parents. Mais le rôle du père est fondamental parce que les mères n'ont souvent pas l'autorité qu'il faut pour maîtriser les enfants [Alougba, 26 ans, études universitaires et primigeste].

[...] le père doit aussi interpellé et rappeler à l'ordre les enfants récalcitrants au cas où leur mère se plaint à lui [Fifamè, 37 ans, sans instruction et mère de 3 enfants].

[...] d'un côté, les enfants ont besoin de l'autorité paternelle. Pour grandir, les enfants ont besoin d'une image de père pour avoir une personnalité. Le père des enfants doit avoir une autorité ferme.... La responsabilité du père est importante [Dossi, 39 ans, études secondaires et mère de 4 filles].

Ces propos laissent croire qu'au Bénin, la famille se structure autour du parent de sexe masculin. Principal pourvoyeur des moyens du ménage et garant de l'ordre qui y règne, le père joue un rôle fondamental dans le modèle familial béninois. Aussi, faut-il souligner que si le discours manifeste une fonction paternelle, c'est que celle-ci se définit forcément par rapport à une fonction maternelle. Celle-ci se présente ainsi qu'il suit eu égard aux déclarations des répondants.

4.6.2.2 La mère perçue comme étant le parent polyvalent aux fonctions essentiellement soignantes et éducatives

Indépendamment de son activité professionnelle, les répondants déclarent que la mère a un rôle intérieur, domestique reposant essentiellement sur une mosaïque de tâches soignantes et éducatives. Selon leurs déclarations, lesdites tâches relèvent de la compétence maternelle et s'exercent dans une logique de complémentarité au rôle paternel. Ainsi, le rôle maternel est moins une liste de tâches secondaires et dévalorisantes traduisant un rapport d'inégalité entre parents qu'une fonction autonome témoignant des spécificités de la mère. En d'autres termes, la mère n'accomplit pas des tâches subalternes et dépréciées de la parentalité. Pour mieux appréhender la logique à l'œuvre dans le discours portant sur le rôle maternel, nous suggérons le constat fait par Guilmain-Gauthier (1985, p. 37) chez le peuple *Fali*⁶⁵ et libellé ainsi qu'il suit :

Chez les Fali du Nord-Cameroun, le rôle de la femme se joue dans la différence. Différence qui n'est ni inégalité, ni opposition par rapport au rôle de l'homme, mais bien plutôt complémentarité dans le respect de l'harmonie du monde voulue par Dieu. Masculinité placée sous le signe du trois, et féminité, placée sous le signe du quatre, étant les deux termes de la perfection (sous le signe du sept) de la création ; l'hypertrophie de l'un ne pourrait avoir comme corollaire que l'hypotrophie de l'autre, ce qui serait absolument contraire à l'idéal d'équilibre des Fali. Aussi, cette différence, cette complémentarité se joue-t-elle dans un dialogue permanent homme/femme, où les demandes et propositions de l'un n'ont de sens qu'en regard des réponses et suggestions de l'autre, ce dialogue permanent affectant tous les domaines de la vie sociale et religieuse, publique ou privée.

Cette complémentarité des rôles sociaux décrite par Guilmain-Gauthier (1985) exprime de manière éloquente le fondement de la division sexuelle des fonctions parentales chez les répondants. Des intentions et faits rapportés dans le discours corroborent une telle complémentarité des tâches parentales. Le rôle paternel ne

⁶⁵ Fali : population d'Afrique centrale vivant principalement au Nord du Cameroun mais également au Nigéria et au Tchad.

souffre d'aucune ambigüité dans le discours. Le père a le devoir de fournir ses moyens de fonctionnement au ménage et y garantir l'ordre. Les répondants en sont convaincus et les femmes sont formelles à ce sujet. Pourtant, le discours montre qu'il existe une certaine flexibilité, une complémentarité dans l'accomplissement des rôles en dépit de la dichotomie des fonctions parentales. Quelques extraits de discours en donnent la preuve.

[...] si un enfant est malade par exemple, la mère peut compléter les frais de soins si le père n'est pas capable d'honorer seul l'ordonnance médicale [Kohoué, 47 ans, restauratrice et mère de 4 enfants].

[...] la mère des enfants peut aider le père à assumer son devoir si les moyens lui manquent [Djognissou, 40 ans, institutrice et mère de 3 enfants].

La mère des enfants peut effectuer des dépenses si leur père n'est pas présent. Et à son retour, elle lui fait un compte rendu pour être remboursée [Fousséna, 31 ans, aide-soignante et mère d'un enfant].

Si je ne suis pas là et que leur mère a les moyens de satisfaire un besoin, elle le fait et je rembourse après [Fagbè, 39 ans, instituteur et père de 4 enfants].

[...] à un moment donné, j'ai été malade et mes femmes se sont entendues pour m'aider à payer les frais de scolarité des enfants [Dossou, 50ans, fermier et père de 12 enfants].

À l'aune de ces déclarations, il apparaît que la mère peut suppléer aux défaillances du père pour maintenir l'harmonie et la continuité des rôles parentaux. Geste qui trahit la dualité de la parentalité et l'esprit de complémentarité qu'elle manifeste chez les répondants. Toutefois, eu égard au discours, l'essentiel de la fonction maternelle s'organise autour des tâches soignantes et éducatives. Plus précisément, le rôle maternel regroupe les fonctions essentielles telles que les soins, la surveillance et l'éducation.

Fonctions de soins, de surveillance

En référence aux déclarations ci-dessous, ces fonctions regroupent l'ensemble des tâches domestiques touchant à l'hygiène corporelle et vestimentaire des enfants, à la propreté de la maison, à la confection des repas et à la surveillance de la santé infantile et des travaux scolaires.

La mère doit veiller à la propreté corporelle des enfants. Elle doit faire la cuisine et veiller à la prévention des maladies chez les enfants. La mère doit aussi veiller à la réalisation des devoirs scolaires. Si les enfants sont malades, c'est la mère qui doit veiller à ce qu'ils respectent le traitement médical [Gnonmi, 31 ans, professeure des collèges et mère de 3 enfants].

[...] par exemple si un enfant est malade et reçoit des soins, moi je veille à ce qu'il prenne bien ses médicaments. Je veille aussi à ce que les enfants soient protégés contre les maladies, les piqûres de moustiques afin de ne pas créer des dépenses pour leur père. Pour ce qui concerne l'école des enfants, je veille à ce qu'ils y aillent tôt, j'apprête leur repas avant qu'ils ne rentrent à la maison et je surveille la réalisation des devoirs scolaires. Je m'occupe aussi d'autres tâches ménagères... Ces tâches sont les miennes parce que leur père ne reste pas à la maison. Et ce n'est pas bien qu'il entende que malgré ses dépenses envers les enfants, je ne joue pas mon rôle et que les enfants manquent les classes. Il ne peut pas en être fier. Si leur père dépense de l'argent, moi je dois les conseiller pour qu'ils ne désobéissent pas. Le rôle du père est de dépenser l'argent et moi je dois veiller à ce que les dépenses ne soient pas vaines [Vihoutou, 32 ans, couturière et mère de 5 enfants].

[...] son rôle (en parlant de la mère) est de veiller à l'entretien de la maison et à la propreté des enfants, leur faire la cuisine et veiller sur leur santé [Bognon, 24 ans, maçon et père de 5 enfants].

[...] si un enfant est malade et nécessite des soins payés par le père, il faut une personne pour lui donner les médicaments. C'est à la mère de faire ce travail. La mère doit aussi veiller à ce que les enfants fassent les devoirs scolaires. En bref, la mère a un rôle essentiellement domestique [Gbessin, 53 ans, maçon et père de 10 enfants].

Ces discours contrastent un peu avec des constats faits dans la plus grande ville du Bénin, soit Cotonou où les hommes s'impliquent faiblement dans les tâches domestiques [Adjamagbo et Coll, 2016, Kpadonou et Coll, 2016]. Le soutien aux devoirs des enfants est le domaine où les hommes s'impliquent un peu plus que leurs conjointes parce qu'ils ont souvent un niveau de scolarité plus élevé que les mères [Kpadonou et Coll, 2016].

Fonction éducative

En plus des tâches ci-dessus décrites, les répondants soulignent que l'éducation des enfants aux valeurs morales et sociales incombe surtout à la mère en raison de sa

proximité avec ces derniers. Les déclarations ci-dessous renseignent sur les pratiques et l'état d'esprit des répondants en ce qui regarde cette fonction parentale.

L'éducation sociale des enfants revient à la mère parce que le père des enfants ne reste pas souvent à la maison. Et quand les enfants se comportent mal en société, c'est leur mère qui est apostrophée [Adjoua, 23 ans, ménagère et mère d'un enfant].

[...] Mon mari n'est pas à la maison présentement. Voyez-vous ! Donc, il revient à la mère d'éduquer les enfants parce que c'est la maman qui est le plus en contact avec eux [Tchégnon, 35 ans, revendeuse et mère de 5 enfants].

L'éducation sociale des enfants revient prioritairement à la mère [Dakossi, 45 ans, infirmier et père de 4 enfants].

Le moins qu'on puisse retenir de ces déclarations est qu'au Bénin le rôle maternel s'articule essentiellement autour des tâches domestiques et éducatives, lequel rôle est socialement dévolu aux mères. Cependant, l'assignation sociale des tâches domestiques et éducatives aux mères n'est pas une exception béninoise. Ailleurs, les mères consacrent également d'énormes ressources temporelles aux tâches d'entretien des enfants. En France et au Japon, par exemple, les coûts d'opportunité des enfants sont élevés pour les femmes (Bustreel et Nishimura, 2004). Selon celles-ci, une Japonaise et une Française ayant deux enfants renoncent respectivement à 68 % et 30 % de leurs gains salariaux. Aussi, les auteures soulignent-elles que dans un couple de deux actifs ayant un jeune enfant, le temps de travail domestique de l'homme augmente respectivement de 57 et 4 minutes par jour en France et au Japon. D'ailleurs, les auteures indiquent que les hommes japonais ne consacrent que 10 minutes par jour à leurs enfants de moins de 6 ans. Une autre étude menée en France auprès de femmes et d'hommes médecins et avocats montre dans le discours de la grande majorité des répondants que la conciliation travail-famille est toujours pensée au féminin comme en témoigne la déclaration de cette répondante :

Je crois que je fais partie de ceux qui veulent concilier les deux, ma vie professionnelle c'est une chose, les horaires je suis obligée, je suis médecin généraliste, si je ne suis pas là quand les gens ont besoin de moi, ce n'est pas la peine, je suis obligée de faire cette consultation du soir, quelquefois c'est à ce moment-là que j'ai le plus de travail, si je n'étais pas disponible au moins jusqu'à 19h, il y a des patients que je ne verrais pas. Ce

n'est pas un choix, ça fait partie de la pratique. J'avoue que j'ai un mari qui participe quand même beaucoup, il fait les repas du soir, les courses, s'occupe des enfants. Je ne fais pas comme mes associées qui sont obligées le matin de faire le repas pour le soir [...] Mais, en revanche, dès que je m'arrête dans la semaine, c'est-à-dire le mercredi, le samedi, le dimanche, les rôles sont tout de suite inversés. Ça, c'est extraordinaire [Femme médecin généraliste, 39 ans, associée cabinet libéral, mariée, 2 enfants] (Lapeyre et Le Feuvre (2004, p. 50-51).

De toute évidence, ces données suggèrent que la division sexuelle des fonctions parentales repose sur un fondement genré enraciné dans les prédispositions psychiques faisant la part belle à la dominance masculine, d'une part ; et laissent croire malgré plusieurs décennies de luttes féministes que la composante domestique et soignante desdites fonctions est naturellement du ressort des parents féminins, d'autre part. Le verbe avouer (qui *signifie reconnaître qu'une chose est ou n'est pas, reconnaître pour vrai surtout des choses difficiles à révéler, par honte ou pudeur*) utilisé par la précédente répondante pour évoquer le rôle de son mari dans les tâches domestiques renforce l'assertion selon laquelle la conciliation travail-vie familiale est pensée au féminin.

En fait, le discours des Béninois mariés manifeste ouvertement une division sexuelle des fonction parentales. Cette démarcation des rôles parentaux s'appuie sans doute sur les représentations sociales de la femme et de l'homme au Bénin. À ce sujet, Houéto (1975), Agueh (2000) et Fourn (2011) renseignent que dans ce pays, l'homme est perçu comme étant l'être de la sphère publique tandis que la femme est censée jouer un rôle domestique. De même, Malgré cette division sexuelle des rôles parentaux, la cloison entre ceux-ci n'est pas tout à fait étanche. La mère qui en a les moyens peuvent suppléer si besoin aux défaillances du père dans l'accomplissement de son rôle surtout dans le contexte social béninois de fécondité élevée où l'entretien d'une famille nombreuse requiert de gros moyens financiers. Toutefois, ce geste maternel qui permet la continuité des fonctions parentales est une dette que le père défaillant devrait rembourser à sa conjointe.

De plus, rappelons que la division sexuelle des rôles parentaux quoiqu'inégalitaire notamment pour les femmes n'est pas perçue en tant que tel dans le discours des répondants. Bien que le père soit appelé chef de famille ou de foyer, la fonction perçue de chaque parent ne traduit pas un rapport hiérarchique entre les deux mais plutôt des rôles naturels voire complémentaires dévolus à chaque parent. Néanmoins, d'autres travaux de recherche sont requis pour évaluer la réalité de l'exercice des rôles parentaux déclarés par les répondants. Ce qui permettrait aux pouvoirs publics de soutenir utilement la parentalité dont les enjeux sociaux sont énormes tant pour les parents, les enfants que pour l'État.

Pour clore le chapitre de présentation des résultats, nous exposons la représentation sociale de la contraception médicale et les facteurs intervenant dans la négociation conjugale de l'usage contraceptif ainsi que la représentation sociale de l'avortement.

4.7 L'image de la planification familiale et les facteurs influençant la négociation de la pratique contraceptive entre conjoints

Des Grecs anciens à nos jours, les couples utilisent plusieurs stratégies pour limiter la taille du ménage c'est-à-dire du nombre d'enfants. Parmi ces stratégies figurent la contraception et l'avortement (McLaren, 1996 ; Bongaarts, 1978). Quelles visions les répondants ont-ils de l'avortement et de la contraception médicale ainsi que des facteurs incitatifs et les obstacles à la négociation de l'usage contraceptif dans le couple ?

4.7.1 La contraception médicale : son image et les motifs qui incitent ou limitent la négociation de son usage dans le couple

4.7.1.1 La contraception médicale et son image

L'analyse des entretiens révèle trois thèmes centraux sur la contraception médicale. Il s'agit notamment des thèmes *planning des naissances*, *risques pour la santé* et *dérèglement du cycle menstruel*.

La contraception médicale, une pratique efficace pour planifier les naissances

La perception de la contraception médicale telle qu'une méthode de planification familiale est très populaire auprès des répondants. Presque tous ont dit que la contraception médicale permet d'espacer ou de limiter les naissances comme en témoignent les extraits de discours suivants.

Les agents de santé nous disent souvent que nous pouvons éviter les grossesses non désirées en utilisant la contraception. Et moi, je pense qu'on peut espacer les naissances avec ces méthodes et avoir le nombre d'enfants qu'on souhaite. Ces méthodes aident les femmes. Dans un couple, les époux ne peuvent pas vivre sans les rapports sexuels mais si aucune mesure n'est prise, des grossesses non désirées peuvent survenir. Or s'ils utilisent les contraceptifs, ils vont éviter ces grossesses [Vihoutou, 32 ans, couturière et mère de 5 enfants].

J'ai une copine qui a sept enfants et ne veut plus accoucher. Elle m'a posé son problème et je lui ai indiqué la sage-femme qui m'a posé les implants [Sèhouè, 31 ans, ménagère et mère de 5 enfants].

[...] je n'aime pas les contraceptifs mais comme je ne voulais plus accoucher, ma tante infirmière m'a conseillé de prendre les pilules... En ce moment, mon mari n'est pas d'accord mais clandestinement, je suis allée payer des pilules et je les prends en cachette [Rachida, 37 ans, couturière et mère de 6 enfants].

Ces déclarations indiquent que la contraception médicale est perçue et utilisée comme un moyen pour espacer ou limiter les grossesses. Des comportements contraceptifs explorés respectivement par Rossier et Leridon (2004), Alano et Hanson (2018) et Adjamagbo et Koné (2013) en France, en Éthiopie et au Sénégal suggèrent aussi une

telle croyance/pratique de la contraception médicale. Cette vision de la contraception médicale est une composante de sa représentation sociale chez les répondants. Néanmoins, les contraceptifs médicaux sont reliés à d'autres images dans le discours. Aux dires des répondants, l'usage desdits produits est une pratique délétère qui perturbe le cycle menstruel.

La contraception médicale, une pratique délétère qui dérègle le cycle menstruel

Quoique reconnue comme une pratique efficace de planification familiale, la contraception médicale suscite énormément de craintes chez les répondants en raison des risques perçus ou connus relatifs à son usage. Une grande proportion des répondants affirme que l'usage de la contraception médicale est délétère tandis qu'un peu plus de la moitié de l'échantillon estime que cette pratique perturbe le cycle menstruel. Dans une démarche rationnelle, le dérèglement des menstrues doit être classé dans les effets sanitaires indésirables de l'usage contraceptif. Cependant, nous constatons dans le discours que le dérèglement menstruel en tant qu'effet de la contraception médicale est important pour les répondants. Pour cela, ils l'ont isolé des autres effets délétères et en ont parlé spécifiquement en raison de la relation menstrues/fertilité. La teneur des extraits suivants symbolise le discours rébarbatif portant sur la contraception médicale.

Quand j'avais choisi de faire la contraception, c'était pour avoir la paix dans ma vie. Mais c'est bien le contraire. J'avais fait le DIU et finalement ça m'a coûté une fortune parce que le DIU a disparu... Et j'étais allée au grand hôpital pour pouvoir l'extraire de mon corps. Ça a coûté beaucoup d'argent à mon ménage. Je connais une femme qui est morte parce que les implants qu'elle s'est fait poser ont attaqué son cœur. Une autre a perdu un implant que les médecins n'ont pas retrouvé jusqu'à ce jour mais c'est dans son corps. Il y a un autre cas où un des implants a tenté de pénétrer dans l'os de la femme. Cette femme a trop souffert lors de l'ablation de cet implant parce que l'anesthésie a fini et les docteurs ont dû poursuivre l'intervention pour l'enlever malgré ses cris. Il y a trop de difficultés liées à la contraception [Assiba, 28 ans, revendeuse et mère de 6 enfants].

Non, je ne parle pas de la contraception avec les gens parce que je n'en suis pas satisfaite moi-même à cause des effets secondaires. Je fais la contraception malgré moi. Je ne veux pas qu'une femme crie mon nom en disant que c'est sur mes conseils qu'elle a fait la contraception et saigne sans arrêt [Akouavi, 32 ans, revendeuse et mère de 5 enfants].

J'ai été moi-même témoin oculaire d'un fait sur la contraception qui m'inspire la prudence vis-à-vis de ces produits [...]. Le cas dont je parle est un collègue dont la femme mise sous contraceptif a saigné et cela a beaucoup coûté pour le mari financièrement. Il a dépensé plus de 300 mille. Cela m'a fait peur. D'autres femmes n'arrivent même plus à concevoir après avoir laissé [Comlan, 30 ans, professeur des collèges et père de 3 enfants].

[...] la contraception a des conséquences néfastes sur la santé des femmes. Par exemple, les femmes souffrent de pertes de sang. La contraception bloque aussi les règles et les femmes sentent des douleurs abdominales. Moi, j'ai trop peur de la contraception. La contraception est une mauvaise chose. Un ami m'a conseillé de venir avec lui dans un centre de planning familial pour nous renseigner et choisir une méthode qui peut améliorer nos conditions de vie parce que nous aurons des enfants voulus. Je l'ai laissé essayer en premier pour voir la suite.... Mon ami a mis des implants à sa femme qui, par la suite, se plaint de maux de tête, des douleurs abdominales... Et mon ami m'a donné raison parce que la contraception est une mauvaise chose [Dossou, 50 ans, fermier et père de 12 enfants].

[...] les gens disent que la contraception est dangereuse pour la santé et rend les femmes malades... La contraception peut détruire l'utérus. Les implants qu'on met dans le bras peuvent causer des problèmes jusqu'à l'amputation du bras. Il y a aussi beaucoup d'autres maladies rapportées par les femmes qui font la contraception. Il y a certaines femmes qui souffrent de céphalées et de douleurs abdominales. C'est à cause de ces problèmes de santé que moi j'ai refusé de faire la contraception [Houénagnon, 55 ans, ménagère et mère de 8 enfants].

De ces extraits discursifs, on retient globalement que les contraceptifs médicaux rendent malade et perturbent le cycle menstruel. Des faits/perceptions similaires sont signalés dans d'autres travaux. Une vaste étude menée au Nigéria par Ankomah et coll. (2010) met en lumière qu'un grand nombre de répondants rejettent les contraceptifs en estimant qu'ils sont cancérigènes tandis que des jeunes sexuellement actifs d'un camp de réfugiés du pays confient à Okanlawon (2010) que lesdits produits détruisent l'appareil reproducteur. Aussi, en étudiant les croyances en rapport avec la contraception médicale afin de mieux saisir les causes des grossesses imprévues, Brown et coll. (2011) s'aperçoivent-ils que le blocage des menstrues du fait des contraceptifs constitue une préoccupation majeure des hommes.

Au total, la nocivité supposée ou réelle des contraceptifs médicaux est un savoir largement partagé par les répondants. De plus, à se fier au discours, ce savoir prescrit leur rapport aux contraceptifs. Ainsi, nous arguons que les thèmes *risques pour la santé et dérèglement du cycle menstruel* font partie intégrante de la pensée sociale de la contraception médicale des répondants.

Par ailleurs, notons que la négociation de l'utilisation des contraceptifs entre conjoints est le déterminant le plus prédictif de la pratique contraceptive chez les femmes mariées dans les pays en développement (Irani et coll., 2014 ; Cox et coll., 2013 ; Hameed et coll., 2014). Or d'après Chae et coll. (2015), la contraception est presque un sujet tabou dans les couples mariés au Bénin où les contraceptifs médicaux sont très peu utilisés malgré la propagande dont ils font l'objet. C'est dire que la connaissance des facteurs influençant la discussion conjugale en matière contraceptive ait un certain intérêt pour la santé publique dans le pays.

4.7.1.2 Les facteurs influençant la négociation de l'usage de la contraception médicale dans le couple marié au Bénin

Contrairement au choix méthodologique que nous faisons dans l'étude des représentations sociales, toutes les catégories thématiques issues des données relatives à la négociation de la contraception entre conjoints doivent être décrites. Et ce, parce que l'objectif poursuivi est de mettre en évidence tous les facteurs qui jouent un rôle dans la discussion conjugale en matière contraceptive. Cela dit, quoique certains éléments soient plus éminents que d'autres dans le discours, tous sont importants pour mieux comprendre le phénomène de négociation de la contraception entre conjoints mariés. En effet, trois classes de facteurs influencent la négociation de l'usage de la contraception médicale dans le couple marié au Bénin. Il s'agit notamment des facteurs incitatifs, les obstacles à la pratique et un facteur au rôle mitigé.

Les facteurs incitatifs de la négociation de l'usage des contraceptifs médicaux dans le couple marié

De tous les éléments qui influencent la discussion conjugale de l'usage de la contraception médicale, les facteurs incitatifs sont les plus importants en termes de poids discursif. Aux dires des répondants, les facteurs suivants incitent à la négociation de la contraception dans le couple marié.

Les enjeux contraceptifs : effets nuisibles des contraceptifs médicaux et désir de planification des naissances

Ces enjeux portent sur la crainte ou la gestion des effets indésirables relatifs à l'usage de la contraception médicale et le choix d'espacer ou de limiter les naissances. D'après 73 % des répondants, lesdits enjeux incitent un des époux à s'engager dans la discussion de la contraception médicale avec son partenaire. Konditamdé (2017) en fait le constat en milieu rural burkinabé. Là-dessus, l'auteur indique qu'en dépit de la réticence qu'on y observe en matière contraceptive, les hommes qui décident de contrôler la fécondité s'impliquent dans la pratique contraceptive de leurs épouses. Attitude manifestant implicitement la discussion du comportement contraceptif entre époux. Par exemple, dans une étude menée au Nigéria, 40 % des répondants déclarent avoir discuté de la contraception moderne en couple pour débattre de l'opportunité d'une grossesse supplémentaire alors que 44 % l'ont fait dans le but de recourir à la contraception d'arrêt (Ogunjuyigbe et coll., 2009). Aussi, (Link, 2011) constate-t-elle que les époux recourent à la discussion pour amoindrir les coûts psychiques de la contraception médicale. Et ce, parce que certains effets secondaires ont d'importants coûts psychosociaux pour les utilisatrices (Tolley et coll., 2005); posent des problèmes de couples et incitent les conjoints à en parler (Barden et Speizer, 2011). Les propos suivants apportent la lumière sur la négociation de ces enjeux contraceptifs par les répondants.

D'habitude dans la vie, moi j'observe beaucoup. Dans ma famille, il y a une seule personne qui a réussi à être quelqu'un... parce que mon père est mort jeune. Ma mère nous a placés dans d'autres familles qui nous utilisaient pour des tâches domestiques et personne n'est allé à l'école. Si ma mère n'avait pas beaucoup d'enfants, elle aurait pu mieux nous garder. J'évoque ce sujet avec mon mari... pour lui faire comprendre la nécessité de contrôler les naissances. Quand j'évoque le sujet de la contraception, mon mari me prête une oreille attentive et ça me contente énormément [Fifamè, 37 ans revendeuse et mère de 3 enfants].

Oui, je discute avec mon mari parce que nous voulons éviter la grossesse. Je travaille et mon contrat de travail ne me permet pas de tomber enceinte. Je lui en ai parlé et il a accepté [Fousséna, 31 ans, aide-soignante et mère d'un enfant].

[...] j'en parle beaucoup avec ma femme. Avant de le faire, ma femme m'a informé et je lui ai donné mon OK... On en parle aussi quand elle se plaint de petits maux et on se demande si ça n'est pas à la base de son problème de santé [Dakossi, 45 ans infirmier et père de 4 enfants].

Oui, j'ai discuté de la contraception avec lui une fois parce qu'il disait être fatigué du préservatif. Et nous sommes tombés d'accord pour utiliser les implants [Folakè, 32 ans, restauratrice et mère d'un enfant].

L'usure du corps de la femme suite à la maternité et les enjeux inhérents en matière de santé

Selon 53 % des répondants, les grossesses nombreuses ou rapprochées sont un danger parce qu'elles détériorent et fragilisent la santé de la femme. De plus, ils estiment que l'usure du corps maternel et les enjeux de santé sous-jacents induisent la négociation de la pratique contraceptive au sein du couple marié. Bledsoe (2005) observe le même phénomène chez les femmes gambiennes. Selon la chercheuse, en début de la vie reproductive, les femmes gambiennes qui vivent en milieu rural sont frileux à l'égard de la contraception médicale afin de se conformer aux traditions pronatalistes locales. Néanmoins, vers la trentaine, la plupart de ces femmes pratiquent déjà la contraception d'arrêt en estimant qu'elles sont trop vieilles pour procréer. Vieillesse qu'elles justifient par l'usure de leur corps du fait des nombreuses expériences obstétricales antérieures. Et craignant de mourir d'une grossesse supplémentaire, elles recourent à la contraception d'arrêt après l'avoir évoquée en couple.

Les expériences de vie reproductive rapportées par Bretin (2004) indiquent également en quoi l'usure du corps maternel et ses enjeux sanitaires peuvent-ils mobiliser le couple pour la discussion en matière contraceptive. Les trajectoires reproductives dressées par l'auteure évoquent la situation de plusieurs femmes dont Leïla et Fadéla. D'origine maghrébine et vivant en France, les deux femmes ont des parcours reproductifs difficiles où s'enchaînent maternité précoce, grossesses nombreuses et rapprochées, fausses couches etc... D'ailleurs, la gravité de leur situation apparaît dans la remarque ci-dessous faite à Leïla dans un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) au sujet de ses grossesses très rapprochées : « *C'est le troisième, si tu continues comme ça, tu vas mourir. Ce n'est pas bien d'avoir des enfants tous les ans [...] en plus c'est fatigant* ».

Entre-temps, les deux femmes optaient conjointement avec leurs époux pour la stérilisation féminine afin de remédier à leurs états de santé précaires. Demande soldée par un refus au profit du contraceptif injectable en raison de leur jeune âge, souligne l'auteure. De même, la multiparité et l'usure du corps maternel qui en résulte ont été évoqués par des répondants qui soulignent que ces faits sont à même d'induire le débat conjugal sur le comportement contraceptif. Voici quelques avis qui illustrent le phénomène dans le discours.

[...] la femme... doit parler de la contraception à son mari parce que c'est la femme qui porte la grossesse et ses conséquences. Même si un homme a vingt enfants, il ne porte aucune marque de la grossesse mais la femme qui accepte un grand nombre d'enfants se tue. À l'accouchement, la femme perd beaucoup de sang. Les grossesses rapprochées la tuent à petit feu [Sotoudé, 38 ans, coiffeur et père de 3 enfants].

[...] la femme doit parler de la contraception avec son mari parce que les grossesses nombreuses détruisent le corps de la femme. Le corps de la femme se fatigue à force de toujours porter la grossesse [Tchégnon, 35 ans, revendeuse et mère de 5 enfants].

[...] la femme doit initier la discussion sur la contraception parce qu'elle doit se soucier de sa propre santé... Quand on fait trop d'enfants, on met l'utérus en danger parce qu'il se fragilise [Dans, 29 ans, tisserande et mère de 2 enfants].

[...] la femme doit parler de la contraception dans son couple parce que c'est elle qui souffre le martyr de la grossesse. L'homme t'engrosse et s'en va. C'est toi la femme

qui supporte les difficultés psychologiques et physiques de la grossesse. Garder une grossesse à terme n'est pas une mince affaire. La grossesse est trop handicapante [Khoué, 47 ans, restauratrice et mère de 4 enfants].

Les problèmes de ressources dans le ménage

Les époux négocient l'usage de la contraception lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés d'ordre matériel ou financier. Plus de la moitié des répondants rapportent cette expérience lors des entrevues. Selon leurs déclarations, un des époux initie le débat sur la contraception lorsque le rapport entre la taille et les moyens du ménage handicape l'exécution des rôles parentaux. Évoquer la pratique contraceptive en tant que sujet de discussion conjugale pour répondre aux conditions précaires du ménage est un fait signalé par d'autres auteurs. Dans une zone rurale malgache où Binet et coll. (2007) analysent la baisse de la fécondité, des enquêtés leur confient que la pression foncière marquée par la réduction des terres agricoles par tête et l'incapacité d'entretenir une famille nombreuse mobilisent la décision conjointe de faire la contraception chez des couples. Aussi, dans un focus group réalisé au Togo dans le cadre de l'étude des rapports de genre et des comportements reproductifs, des citadines illettrées déclarent-elles que la négociation de l'usage contraceptif dans leurs couples est motivée par la précarité économique (Tchitou et Vignikin, 2008). Attitude rappelant ce que Cosío-Zavala (1999) appelle le *malthusianisme de pauvreté* pour désigner la planification des naissances par des couples latino-américains modestes comme moyen de résilience face à la pauvreté. Des extraits discursifs suggèrent cette attitude chez les personnes que nous avons enquêtées.

Mon mari aussi est conscient de la gravité de la situation et quand je l'ai abordé sur la question de la contraception, il a été perméable à mon message. C'est après notre mésaventure avec la dernière grossesse qui nous a coûtés notre économie et nous a causés des dettes avant que l'enfant ne soit mort finalement que j'aie décidé d'aborder le sujet de la contraception avec mon mari [Assiba, 28 ans, revendeuse et mère de 6 enfants].

Je parle de la contraception avec mon épouse parce que... c'est moi qui sors l'argent pour payer les soins. Hier, par exemple, du retour de la consultation prénatale, elle me présentait une ordonnance de plus de 15 mille francs qu'il faut acheter instantanément.

C'est déjà une souffrance pour moi de payer ce montant [Badoussi, 44 ans, menuisier et père de 4 enfants].

Oui, mon mari et moi en avons discuté au moment où nous pensons que nos enfants deviennent trop nombreux. J'ai initié cette discussion parce que nos moyens n'arrivaient plus à subvenir à nos besoins. Et j'avais pensé à trouver un moyen d'arrêter les grossesses [Houénagnon, 55 ans, ménagère et mère de 8 enfants].

L'approbation de la contraception médicale par le mari

Des répondants soulignent que l'attitude positive des hommes à l'égard de la contraception favorise la négociation de son usage entre conjoints. Ce discours est porté par des femmes qui déclarent en avoir discutée avec leurs époux en raison de leur attitude positive au sujet de la pratique. En effet, la contraception est essentiellement une affaire de couple dans les régions en développement (Bankole et Singh, 1998). Néanmoins, on y observe souvent une forte hétérogénéité de la demande contraceptive entre conjoints où les femmes sont plus intéressées que leurs maris (Andro et Hertrich, 2001). On sait aussi que l'usage contraceptif y est traversé par les rapports de genre dans lesquels l'homme agit en autorité décisionnelle et fournit les moyens d'acquisition du contraceptif (Désalliers, 2009). Ces données laissent penser que la capacité de prédire l'attitude du mari vis-à-vis de la pratique importe pour les femmes des pays en développement voulant en discuter dans le couple. Là-dessus, Lasee et Becker (1997) s'aperçoivent que 67 % de femmes et 75 % d'hommes kényans mariés ont prédit correctement l'attitude positive de leurs conjoints au sujet de la contraception. Aussi, la quasi-totalité des personnes ayant correctement prédit l'approbation de la pratique par leurs conjoints ont-elles pu en discuter avec eux comme l'affirment deux de nos enquêtés.

Oui, je parle de la contraception avec mon mari parce qu'il aime ça. Mais je dois changer de méthode [Akouavi, 32 ans, revendeuse et mère de 5 enfants].

Je parle de la contraception avec mon mari parce que mon mari aime ça [Adjoua, 23 ans, ménagère et mère d'un enfant].

En dehors de ces éléments qui incitent à la négociation de la contraception médicale entre conjoints, nous découvrons deux facteurs qui la limitent et un qui y joue un rôle tout-à-fait mitigé.

Les obstacles à la négociation de l'usage des contraceptifs médicaux dans le couple marié

Deux facteurs compromettent ou nuisent au dialogue du couple autour de la contraception médicale selon certains répondants. Les obstacles à la négociation conjugale en matière contraceptive sont le désintérêt d'un des conjoints pour la pratique et la timidité de la femme dans le couple.

Le désintérêt d'un des époux pour la contraception médicale

Un grand nombre de personnes se désintéressent ou se méfient des contraceptifs médicaux dans les pays en développement pour des raisons variées (Sedgh, et coll., 2016). Au Bénin, par exemple, les besoins non satisfaits en planning familial efficace s'expliquent par le taux élevé de la mortalité infantile, les préjugés et méfiances concernant la contraception et sa désapprobation sociale ou conjugale (Amadou Sanni, 2011). Dès lors, la réprobation de la pratique contraceptive peut créer un désintérêt nuisible au débat du sujet avec le partenaire conjugal. Une étude des déterminants extraconjugaux de la communication conjugale en matière de planification familiale montre que des Kenyanes ayant un faible réseau social sont moins tentées de parler de la contraception en couple alors que celles qui interviennent dans des organismes bénévoles en discutent mieux avec leurs conjoints (Musalia, 2003). Et l'auteure explique que celles ayant moins de réseaux sociaux manqueraient d'occasions de discuter de la contraception médicale avec d'autres. Situation qui n'augmenterait guère leur intérêt et leur capacité d'évoquer la pratique en couple. Le discours suivant manifeste probablement cette situation chez le répondant.

[...] mon mari et moi n'avons jamais parlé de la contraception médicale. Je ne veux pas en parler avec lui parce que cela ne m'intéresse pas [Ablavi, 29 ans, revendeuse et mère de 3 enfants].

La timidité de la femme mariée dans le couple

Il peut arriver qu'un conjoint soit timide dans les relations ou dynamiques conjugales. Chez la femme mariée, avertit un répondant, une telle posture nuit à la négociation conjugale de l'usage contraceptif. À priori, la timidité de l'homme et/ou de la femme peut faire obstacle au débat conjugal du phénomène. Toutefois, le matériel discursif semble, à bien des égards, donner du sens à l'évocation de celle de la femme mariée en tant que facteur limitant ledit dialogue. En effet, selon la quasi-totalité des répondants, la femme est le membre du couple qui doit y initier le débat de la contraception. Les arguments étayant cette vision fleurissent dans le discours et touchent aux enjeux de santé maternelle. Sur ce, les répondants estiment que les enfants profitent au couple alors que ce soit la femme seule qui porte les stigmates et les séquelles des expériences obstétricales. Pour cette raison, elle doit porter le débat de la contraception dans le couple. Soulignons aussi que dans la plupart des pays en développement, les enquêtes démographiques et de santé montrent que les hommes sont souvent plus natalistes que leurs épouses ; désir faisant d'eux de tièdes demandeurs de planification familiale. Donc, les femmes sont censées initier la démarche contraceptive dans le couple. Dans son travail concernant le processus d'appropriation contraceptive masculine, Desjeux (2012) découvre que la contraception du couple est amorcée par les femmes qui éduquent leurs partenaires et prescrivent des pratiques spécifiques. Au total, la timidité de la femme dans les rapports conjugaux nuit à la dynamique du couple en matière contraceptive comme on peut lire dans l'extrait suivant.

[...] certaines femmes n'arrivent pas à parler de la contraception en couple. Si la femme est timide, ça ne passe pas dans le couple [Dossi, 39 ans, pâtissière et mère de 4 enfants].

Le facteur ayant un rôle mitigé dans la négociation de l'usage des contraceptifs médicaux dans le couple marié

L'intention de fécondité c'est-à-dire le but reproductif est l'élément qui joue un rôle mitigé dans la négociation conjugale en matière de contraception. En fait, un répondant souligne que le but reproductif c'est-à-dire l'effectif et la qualité des enfants voulus par un des époux sont déterminants dans l'initiation du débat conjugal au sujet de la contraception médicale. Et pour cause, plusieurs études évoquent entre époux des buts reproductifs divergents ayant impacté défavorablement leur usage contraceptif. Selon Bankole et Singh (1998), les époux poursuivent parfois des buts de procréation différents. Par exemple, Dodoo (1993) montre dans un échantillon de Ghanéens que 17 % des couples sont en désaccord sur la possibilité d'avoir un autre enfant et dans deux cas sur trois où l'homme en veut un de plus, son épouse n'en veut pas. De plus, l'auteure précise que le taux de concordance des buts reproductifs observé cacherait dans bien des cas, l'alignement de la femme sur les objectifs de son époux au terme d'un conflit révolu du fait des rapports de pouvoir inégaux qui caractérisent le Ghana. Cette nuance suggère que l'ampleur du désaccord autour des buts de fécondité est plus importante qu'elle n'apparaît. Toutefois, un tel désaccord influence la négociation et l'usage contraceptif des époux (Barden-O F, Speizer, 2010 ; Hossain et coll., 2007). Entre autres, les auteurs ont montré que les couples discordants sur le désir d'enfant supplémentaire font moins la contraception que ceux dont les deux époux veulent limiter les naissances.

Somme toute, la discordance des objectifs reproductifs influence les pratiques de fécondité dont la discussion conjugale de la contraception. Ainsi, le but reproductif peut inciter ou nuit selon le cas au dialogue conjugal autour de la contraception. C'est l'avis du répondant qui s'exprime ainsi qu'il suit.

Ça dépend. Les deux peuvent initier parce que si le but reproductif c'est-à-dire le nombre et le sexe des enfants n'est pas atteint pour un membre du couple, il peut s'opposer à la contraception et ne pas vouloir en parler. C'est valable pour l'homme et

pour la femme. En revanche, une fois satisfait, il peut ouvrir le débat sur la contraception [Fousséna, 31 ans, aide-soignante et mère d'une fille].

4.7.2 L'avortement : son image et son rapport aux valeurs traditionnelles des répondants

Lorsque nous analysons les fréquences et les cooccurrences des éléments constitutifs de la représentations sociales de l'avortement, nous repérons un peu plus d'une demi-douzaine d'opinions centrales à ladite représentation. Celles-ci sont les savoirs profanes prescrivant le rapport des répondants à l'avortement. En termes clairs, lorsque les répondants parlent de l'avortement, ils l'évoquent en des termes tels que *mort ; interdit religieux ; meurtre ; inconduite ; stérilité ; péché et risque pour la santé*. Nous présentons ces thèmes/opinions dans la section suivante.

4.7.2.1 L'avortement, un meurtre qui cause des décès maternels

Aux dires de la grande majorité des répondants, l'avortement symbolise la mort à double titre. Meurtre de l'être humain en devenir au cours duquel la femme enceinte peut perdre sa vie. Une forte majorité des répondants disent que l'interruption volontaire de grossesse est un meurtre susceptible de causer le décès maternel. Cette perception de l'avortement fait du fœtus un être humain à part entière dont la vie est autant importante que celle de la gestante. Ainsi, avorter, c'est tuer aux dires de certains répondants. Plusieurs auteurs rapportent cette perception de l'avortement à travers le monde. Des Botswanaïses intervenant dans des groupes de discussion où Smith (2013) explore les perceptions et pratiques de l'avortement, expliquent que la pratique abortive en milieu médical consiste à donner des comprimés qui coupent l'enfant en morceaux dans le sein maternel avant d'insister sur de nombreux cas de décès dus aux avortements pratiqués dans des conditions précaires. Aussi, indiquent-elles que les femmes qui avortent dans leurs communautés sont blâmées, accusées de

meurtre et exclues socialement. Pour leur part, Gonin et coll. (2014, p. 109) soulignent également le discours criminalisant l'avortement dans les pays occidentaux. D'après les chercheuses, les organismes de counseling et d'aide à la prise de décision accompagnant les femmes vivant une grossesse imprévue ou non désirée et ayant un positionnement anti-choix⁶⁶ mobilisent en Occident, diverses stratégies pour faire savoir que l'avortement constitue un meurtre comme le renseignent les propos de cette intervenante officiant au Centre-conseils grossesse de Montréal au Canada :

Y'en a qui font des cauchemars, qui se disent : voyons, t'as tué ton bébé. (...) Y'en a qui se punissent, s'autopunissent. [...] T'es plus la même fille, t'es plus le fun. [...] C'est des choses qu'il faut que tu saches, parce que c'est ton droit comme fille de savoir qu'il y a des risques. [...] Y'en a qui se mettent à boire, à prendre de la drogue. [...] Y'en a qui ont de la misère à être avec des enfants après ça.

Dans ce discours de l'intervenante montréalaise au positionnement anti-choix, les termes choisis sont assez explicites : « t'as tué ton bébé ». Autrement dit, tu as commis un meurtre. De plus, il faudrait relativiser les explications de Gonin et coll. (2014) qui estiment que ce soit au niveau des ressources anti-choix que l'on humanise le fœtus pour susciter chez les femmes, le dégoût pour l'avortement, sentiment devant les engager dans la voie de la poursuite de la grossesse non désirée. Parce qu'avant même d'approcher les services anti-choix, les femmes enceintes pourraient déjà humaniser elles-mêmes le fœtus. Nous étayons cette assertion avec un extrait de notre corpus. Celui-ci provient d'un cadre de niveau universitaire marié à une institutrice et le couple a 5 enfants. En répondant à la question de savoir ce qu'il pense de l'avortement et pourquoi, il dit en autre autres :

L'avortement n'est pas autorisé au Bénin. Donc, il faut y recourir clandestinement avec des moyens inadéquats.... L'avortement peut générer des dépenses alors qu'on ne voit

⁶⁶ Anti-choix : Mouvement d'opposition à la légalité de l'IVG et, plus largement, à sa pratique (Gonin et coll, 2014).

pas l'enfant. Donc, tu perds doublement. Si je suis dans un pays développé où l'avortement est autorisé avec toutes les garanties, je vais avorter la prochaine grossesse.

De toute évidence, la double perte qu'évoque le répondant renvoie explicitement à la perte de l'enfant dans l'avortement et celle de l'argent. Autrement dit, une humanisation du fœtus qui s'inscrit dans la vision de l'intervenante montréalaise et manifestant la conscience du répondant au sujet de la destruction de vie dans l'acte abortif. En bref, il est imprudent de faire croire que les femmes utilisatrices des ressources anti-choix soient toutes naïves et n'aient jamais cette représentation de la grossesse avant d'en entendre parler dans lesdits centres. D'autre part, des personnes interrogées dans plusieurs groupes de discussions au Nigéria estiment que l'avortement est un acte aux conséquences graves pouvant conduire au décès maternel (Oye-Adeniran et coll., 2005). Aussi, celles qui se sont entretenues avec nous ont-elles de l'avortement des perceptions similaires exprimées en ces termes :

[...] je ne participerai pas à la mort d'un être humain. Avorter, c'est tuer un être humain ! Une grossesse est déjà un être humain à part entière [Kpossou, 30 ans, soudeur de foi chrétienne et père de 4 enfants].

Si la grossesse me surprend, je vais la garder ... parce que je pourrai perdre ma vie dans un avortement. Je suis obligée de garder la grossesse jusqu'à terme. Chaque grossesse qui aboutit à un accouchement finit toujours par contenter la mère [Tchègnon, 35 ans, revendeuse de foi chrétienne et mère de 5 enfants].

Mon dernier enfant n'est pas désiré. Je prévenais mon mari du risque de grossesse mais il ne voulait rien entendre. La grossesse était intervenue et il me demandait d'avorter. J'avais refusé parce que je pouvais en mourir. Quand j'avais dit non à l'avortement, mon mari a abandonné la grossesse que j'avais entretenue seule... La grossesse est difficile à garder mais ça coûte moins qu'un décès gratuit [Sèhouè, 31 ans, ménagère de foi chrétienne et mère de 5 enfants].

L'avortement ... c'est tuer quelqu'un. D'autres personnes disent que la grossesse d'une semaine n'est pas encore un enfant. C'est faux. Si les règles ne viennent pas et tu enlèves, tu as déjà tué quelqu'un. Or moi je ne veux pas tuer quelqu'un car il faut craindre Dieu [Akouavi, 32 ans, revendeuse de foi chrétienne et mère de 5 enfants].

Selon ces déclarations, l'avortement est un meurtre commis sur la personne de l'enfant en puissance, d'une part ; et est assimilé à une pratique au cours de laquelle périssent certaines femmes, d'autre part. Ainsi, nous estimons que les catégories

thématiques *meurtre* et *mort* sont deux opinions faisant partie de la pensée sociale de l'avortement chez les répondants.

4.7.2.2 L'avortement, une inconduite et un acte irréligieux divinement punis

Cette perception de l'avortement est reliée à la précédente c'est-à-dire à celle qui en fait un crime et plus précisément un meurtre. Pour un peu moins de la moitié des répondants, l'avortement est une *inconduite* tandis que près du tiers en parlent en termes d'*interdit religieux* ou de *péché*. Au cours de l'étude menée par Martin et coll. (2007) pour explorer les perceptions de l'avortement et son encadrement légal à Trinité-et-Tobago, la moitié des répondants déclarent que l'avortement ne devrait être autorisé en aucun cas au motif qu'il constitue un meurtre et/ou un péché. En revanche, des tradipraticiens nigériens fournissant des services d'avortement et de contraception nuancent la pratique des soins abortifs. Aux dires d'Elisha (1996) qui les interroge, lesdits guérisseurs estiment que l'avortement ne pose aucun problème s'il intervient au cours des deux premiers trimestres où la grossesse n'est que de l'eau, du sang ou une créature semblable à un lézard. Aussi, ajoutent-ils que tout avortement intervenu au troisième trimestre est un acte immoral parce que la grossesse est déjà un enfant en ce moment-là. Ce rapport à l'avortement tardif rappelle étrangement le contenu d'une entrevue réalisée par Lévesque et Gonin (2018) auprès d'une responsable montréalaise de centre d'avortement. Dans cette entrevue, l'on peut lire que des femmes vivant au Québec qui demandent un avortement au troisième trimestre sont transférées aux États-Unis au motif que des comités d'éthique de certains hôpitaux québécois « *s'arrogent un droit de regard en disant oui à une et non à l'autre* » explique la personne ressource interrogée. Ce tri des femmes qui sont en quête d'avortement est éminemment un déni de droit puisque la pratique abortive est légalement établie au Canada. De plus, l'attitude du Gouvernement canadien - garant du respect du droit à l'avortement - qui pourvoit aux

frais relatifs au déplacement des femmes bénéficiaires de soins abortifs aux États-Unis est autant curieuse que l'oubli des chercheuses d'approfondir l'aspect relatif aux *raisons éthiques* justifiant le *droit de regard des comités d'éthique hospitaliers* évoqué par l'enquêtée. Et puisqu'aucun citoyen ou aucun résident permanent canadien ne sont obligés d'aller soigner leur grippe aux États-Unis du fait de l'avis d'un comité d'éthique hospitalier, il n'est pas insensé de conclure que l'avortement suscite toujours au Canada, un questionnement moral tant en milieu de soins que politique. Peut-on pour autant supposer qu'une pratique évitée pour des raisons éthiques recèle-t-elle une part d'immoralité ou d'inconduite ? Sur le sujet, la réponse des personnes enquêtées ne souffre d'aucune ambiguïté. Selon elles, l'avortement est une inconduite et un acte irrégulier punis par Dieu comme en témoignent les déclarations ci-dessous.

L'avortement est interdit par la religion. Dieu ne le permet pas. La vie est sacrée. Une grossesse est déjà une vie. Ôter la vie à cette personne n'est pas une bonne chose [Dossi, 39 ans, pâtissière de foi catholique et mère de 4 enfants].

Avorter, c'est tuer, c'est détruire une vie. Celui qui avorte est un meurtrier. L'avortement a aussi un danger spirituel. Vous devenez ennemi de Dieu. Le Ciel sera fermé à cause de vous. Parce que la terre a horreur du sang et la terre va se soulever contre vous. Personne n'est épargné y compris les agents de santé qui avortent. À partir de ce moment, on doit faire attention. L'avortement n'est pas conseillé. Je vous dis qu'à cause de l'avortement beaucoup sont devenus pauvres. L'avortement ferme la porte de leurs richesses. Il y a aussi des lois qui punissent l'avortement. Un enfant avorté peut être... un homme dont l'humanité aura besoin. L'avortement est un péché contre le monde. C'est une pratique à décourager à jamais [Comlan, 30 ans professeur des collègues de foi chrétienne évangélique et père de 3 enfants].

L'avortement est une mauvaise chose pour la femme. Dieu a donné un nombre limité d'enfants aux femmes... Mon grand-père a soixante-huit enfants. Une femme peut-elle en faire autant ? C'est pour cela que la femme doit éviter les avortements. Je ne vais jamais avorter [Ablavi, 29 ans revendeuse de foi chrétienne et mère de 3 enfants].

Je ne veux plus du tout d'enfant mais si je tombe enceinte par mégarde je vais accoucher obligatoirement parce que je ne dois pas avorter. Ma religion a interdit les avortements. L'enfant qui est avorté attend au séjour des morts la mère qui l'a avorté pour lui régler ses comptes [Rachida, 37 ans, couturière de foi musulmane et mère de 6 enfants].

Si ... Dieu te donne une grossesse pour mettre au monde un enfant et que tu avortes, tu pourrais avoir de sérieux problèmes dans ta vie... Si tu vas à l'Église, Dieu va te punir et c'est dans la prière que les gens vont te révéler que c'est une punition divine en

raison de l'avortement que tu as fait [Vihoutou, 32 ans, couturière de foi chrétienne et mère de 5 enfants].

Au regard de ces postures discursives, nous arguons que les thèmes *interdit religieux, inconduite et péché* ainsi décrits sont des savoirs constitutifs de la représentation sociale de l'avortement chez les répondants.

4.7.2.3 L'avortement, un acte délétère et stérilisant

La symbolisation de l'avortement en tant que pratique stérilisante et attentatoire à la santé est une image centrale du phénomène abortif chez les répondants. Près du tiers d'entre eux en parlent en termes de risque pour la santé et de stérilité. De la même manière, une étude multicentrique menée en Chine, en Inde et au Cuba révèle que la douleur - pour la méthode chirurgicale - ; et les hémorragies - pour la méthode médicamenteuse - sont les pires effets rapportés par des femmes ayant des expériences abortives (Ho, 2006). Précisément à Hong Kong, 10 % des femmes enquêtées ont attribué à l'avortement médicamenteux un processus fastidieux, douloureux, trop hémorragique avec des effets secondaires gênants. Aux dires de l'auteure, outre ces effets, les femmes indiquent aux États-Unis que l'usage des produits abortifs provoque l'incertitude et la peur. De plus, l'exploration des perceptions du statut légal, moral et religieux de l'avortement auprès des femmes ghanéennes ayant déjà avorté, montre que la quasi-totalité d'entre elles avouent qu'il s'agit d'une mauvaise action sur les plans moral, religieux et culturel (Srofenyoh et Coleman, 2009). Au Togo, Adjahoto et coll. (1999) soulignent qu'une enquête menée à l'hôpital universitaire de Lomé montre que plus de 80 % des femmes interviewées citent la stérilité parmi les conséquences de l'avortement clandestin. Même observation en République Démocratique du Congo où des collégiennes déclarent que le saignement, les infections et l'infertilité sont les conséquences de ce type

d'avortement (Lussy, 2010). Ces visions de l'avortement sont partagées par des personnes que nous avons enquêtées comme le montrent les extraits ci-dessous :

L'avortement peut créer d'autres problèmes chez la femme comme des infections, l'obstruction ou l'ablation des organes génitaux [Aloughba, 26 ans, professeure des collèges, Témoin de Jéhovah et primigeste].

[...] si on est conseillé par des copines qui ne s'y connaissent pas en avortement, on peut endommager son utérus et sa santé ... L'avortement peut rendre stérile une femme qui va commencer par accuser un proche en disant qu'elle est à la base de son problème [Fifamè, 37 ans, revendeuse de foi chrétienne et mère de 2 enfants].

Les agents de santé non compétents peuvent mal réaliser l'avortement en laissant des débris dans l'utérus qui créent des problèmes comme des douleurs abdominales, des saignements [Houénagnon, 55 ans, ménagère, animiste et mère de 8 enfants].

[...] on peut avoir des problèmes de conception en voulant aller avorter parce que l'avortement peut causer des dommages à l'utérus de la femme [Tchègnon, 35 ans, revendeuse de foi chrétienne et mère de 5 enfants].

À l'aune de telles déclarations, nous concluons logiquement que les thèmes stérilité et risque pour la santé font partie intégrante de la représentation sociale de l'avortement chez les répondants. Au total, nous observons que la contraception médicale n'a pas bonne presse chez les répondants. Quoique son utilité soit unanimement reconnue dans le domaine de la planification des naissances, la contraception médicale est essentiellement définie par ses effets nuisibles sur la santé. Cependant, la négociation de son usage au sein du couple marié est motivée par les enjeux contraceptifs perçus par les époux c'est-à-dire les avantages et les effets nuisibles de la pratique, les problèmes de ressources du ménage, le but reproductif visé par chacun des époux et leur attitude positive envers les contraceptifs. En ce qui concerne l'avortement, ils en ont globalement une perception négative. Dans leur discours, l'acte abortif constitue une inconduite qui rend les femmes malades et stériles si elles n'en meurent pas.

4.8 Ancrage sociologique des représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement

Selon Doise (1992), étudier l'ancrage sociologique des représentations sociales, consiste à expliquer leur variation en fonction des traits sociologiques des individus qui les portent. Pour ce faire, nous allons de prime abord établir des logiques de discours produits sur les objets représentationnels et ensuite identifier les conditions de production desdits discours. (Negura, 2006). Aux dires de celui-ci, identifier les conditions de productions des discours consiste à trouver une explication à la relation entre les caractéristiques sociologiques des répondants et les discours qu'ils portent. Aussi, suggère-t-il que les logiques discursives puissent être des *visions centrales* aux représentations sociales c'est-à-dire des opinions populaires ayant plus de relations ou des *idées émergentes* c'est-à-dire des perceptions moins populaires ayant moins de relations. Nous allons utiliser cette perspective d'analyse pour présenter et expliquer des logiques d'opinions identifiées dans le matériel discursif au sujet des objets de représentation que nous avons étudiés.

4.8.1 Ancrage sociologique de la représentation sociale de l'enfant

De manière globale, trois logiques discursives se dégagent à propos des déclarations faites sur l'enfant à l'analyse du corpus. Il y a deux logiques de discours qui semblent s'opposer et une troisième qui est particulière en ce qu'elle constitue l'opinion des répondants de même sexe. Il y a le groupe de répondants qui objectivent entre autres, l'enfant en tant que *problèmes* et *dépenses* et le groupe de ceux qui l'associent au *bonheur* et à *l'honneur*. À l'examen des caractéristiques sociologiques des répondants, on s'aperçoit que ceux qui recourent aux termes *problèmes* et *dépenses* en parlant de l'enfant ont tendance à habiter en milieu urbain ou ont au moins quatre enfants. À notre entendement, que les personnes qui habitent en ville et celles qui ont

au moins quatre enfants évoquent la fécondité en termes de problèmes et de dépenses, s'explique probablement par la cherté de vie urbaine et l'importance du coût d'opportunité des enfants chez les familles nombreuses. En d'autres mots, la vie en milieu urbain coûte chère et les contraintes y relatives renchérissent aussi les coûts d'entretien des enfants. De plus, les ressources temporelles que les parents surtout les mères consacrent à l'entretien des enfants constituent un manque à gagner et affaiblissent le pouvoir d'achat des ménages astreints à supporter les coûts directs de la fécondité (Bustreel et Nishimura, 2004).

En définitive, la fécondité amenuise le revenu des parents alors que les devoirs parentaux exigent davantage de ressources pour prendre soins des enfants dans un contexte de cherté de la vie. Ces faits pourraient être le fondement du discours des citadins ou des parents de famille nombreuse qui symbolisent l'enfant par des termes tels que *problèmes* et *dépenses*. Nous en voulons pour preuve l'extrait de discours de quelques répondants qui expliquent pourquoi ils ne veulent plus d'un enfant supplémentaire :

[...] je ne veux plus d'enfant parce que les enfants constituent un problème. Mes enfants souffrent beaucoup et ne mangent pas à leur faim. J'avais un commerce qui ne marche plus. Seul mon mari travaille et son revenu n'arrive pas à couvrir les besoins du ménage. Il faut savoir limiter les naissances [Sèhouè, 31 ans, ménagère et mère de 5 enfants].

Actuellement, j'ai quatre enfants et j'ai arrêté de procréer parce que les temps sont durs. Mes revenus ne sont pas consistants pour avoir beaucoup d'enfants. Les enfants coûtent trop chers aujourd'hui. Ma famille est une famille modeste donc, j'ai préféré arrêter [Dakossi, 45 ans, infirmier et père de 4 enfants].

En revanche, la majorité des répondants qui assimilent l'enfant au *bonheur* et à l'*honneur* sont autour de la trentaine, un âge inférieur à la moyenne de l'échantillon ou ont moins d'enfants c'est-à-dire au plus trois ou sont des personnes ayant amorcé la vie reproductive. La vision idyllique de l'enfant rapportée par ce type de répondants possède probablement une charge affective qui manifeste de la joie des jeunes parents. En d'autres mots, l'entrée dans le cercle des parents qui marque le

changement de statut social chez les jeunes n'est pas un fait anodin. À ce propos, Guilbert et coll. (2004) constatent dans les représentations sociales de la grossesse précoce au Québec, une opinion atypique qui relie le phénomène à un désir de conquête de pouvoir et de changement de statut social chez les adolescentes. Un tel constat suggère que la parentalité s'associe à une distinction sociale valorisante pour les personnes qui y accèdent. Deux répondants étayaient cette lecture du phénomène à travers leur discours.

[...] les femmes qui accouchent sont fières d'être maman. Les femmes qui accouchent ont une dignité qui manque aux femmes qui n'ont pas d'enfants [Adjoua, 23 ans, ménagère et mère d'une fille].

Oui, je veux avoir un autre enfant. Je veux encore revivre toute l'émotion d'être mère [Folakè, 32 ans, restauratrice et mère d'une fille].

De toute évidence, ces récits portent une charge affective qui marque la vision de l'enfant chez les répondants. Au total, nous estimons que le conditionnement affectif de la *néo-parentalité* expliquerait la description féérique de l'enfant chez les jeunes parents ou chez ceux qui ont moins d'enfants. Hormis ces deux logiques de discours, l'analyse en révèle une troisième qu'il importe de présenter en raison de sa particularité. Dans le corpus, des répondants surtout des femmes estiment que l'enfant est une propriété du père c'est-à-dire une sorte de « *bien personnel* » de ce dernier. Ainsi, les unités sémantiques qui sont codées dans la catégorie thématique « *propriété du père* » proviennent des récits de femmes. Nous allons exemplifier le fait à l'aide de quelques extraits de discours avant d'expliquer les enjeux à l'œuvre dans cette logique discursive. En opinant sur les fonctions parentales, dame Houénagnon, une mère de famille nombreuse et résidente d'une ville raconte ce qui suit :

Le père doit donner les moyens pour nourrir les enfants. Il doit forcément acheter les fournitures scolaires des enfants. Le père a des rôles obligatoires parce que c'est son nom que les enfants portent. Donc, les enfants sont sa propriété.

Sans parler explicitement de l'enfant en termes de propriété du père, les arguments de Kpossou semblent corroborer le discours de la précédente répondante :

L'entretien des enfants relève de la responsabilité du père. Et les femmes le disent si bien en faisant savoir que les enfants portent le nom de leur père. Donc, il revient au père des enfants de pourvoir aux besoins de ses enfants [Kpossou, 30 ans, soudeur et père de 4 enfants].

Mis bout à bout, ces deux extraits discursifs trahissent en eux-mêmes la logique sous-tendant cette vision des femmes par rapport à l'enfant et n'a pas besoin de justification supplémentaire. Ainsi, cette perception de l'enfant doit être interprétée à l'aune de l'argument qui la justifie. En réalité, affirmer que l'enfant est une *propriété* du père qui doit s'en occuper sur le plan financier, traduit probablement une dynamique de stéréotypie de genre qui manifeste la division sexuelle des rôles parentaux dont la gent féminine se désengage financièrement au motif que les enfants portent leur patronyme. Aussi, cette logique de discours constitue-t-elle un artéfact du contexte patriarcal qui confère au père de famille l'essentiel du pouvoir décisionnel dans le foyer conjugal. De plus, ce sont les hommes qui décident souvent de la taille du ménage au Bénin, donc de la famille nombreuse contre la volonté des femmes qui désirent moins d'enfants (INSAE, 2018). Pour cela, les femmes s'approprient probablement l'image faisant de l'enfant, *une propriété* du père pour s'aligner derrière la sociologie patriarcale, d'une part ; et se libérer de la double peine des grossesses nombreuses et des responsabilités pécuniaires qui en résultent ; d'autre part. En d'autres mots, l'enfant n'est pas une *propriété* du père seul. Pour étayer cette hypothèse, ce sont encore les récits féminins qui fournissent les arguments appropriés. La quasi-totalité des répondants (29/30) rapportent que l'enfant est une assurance vieillesse, une *caution* destinée à couvrir les besoins des parents âgés. Aussi, les répondants des deux sexes s'attendent-ils à jouir de cette *assurance* comme l'attestent les déclarations suivantes. Dame Ablavi, la trentaine, est mère au foyer et habite dans un petit village. Quand on lui demande de se prononcer sur les rôles de chaque parent dans la prise en charge des enfants, sa réponse a été claire.

Le père est obligé de pourvoir aux dépenses de soins de santé des enfants. Tout le monde sait l'importance de l'école. Donc, le père doit acheter les fournitures et payer les frais de scolarité. Même si la mère des enfants dispose de ressources pour le faire, il

faut que le père joue son rôle de chef de famille. Le père doit aussi acheter les vêtements pour ses enfants. Les enfants portent le nom de leur père. Dieu fait passer les enfants par les femmes mais ils sont pour les hommes. C'est le père de famille qui doit faire les dépenses nécessaires au bien-être des enfants et de la famille.

À propos du rôle de la mère des enfants, elle raconte ceci :

La mère des enfants doit veiller à la bonne santé des enfants. Si un enfant est malade et que le père achète les soins, la mère doit veiller au respect de la prescription médicale. La mère doit s'occuper des enfants en matière de soins corporels, laver le linge sale, assurer l'hygiène et de la prévention des maladies. La mère doit s'assurer que les enfants fassent leurs devoirs scolaires.

Ces propos démontrent que la mère n'a pas vocation d'assumer les coûts financiers directs du ménage parce que ces dépenses incombent au père, le propriétaire présumé des enfants. Curieusement, lorsqu'on lui demande si elle est satisfaite de son rôle de mère de famille, elle répond ceci :

Oui, je suis satisfaite de mon rôle parce que mes enfants se portent bien. Mon garçon a été la dernière fois, le premier de sa classe. J'en étais très fière. C'est ma retraite que je prépare comme ça. Mes enfants vont s'occuper de moi dans ma vieillesse.

Ce langage hybride des femmes qui s'adjugent aussi l'espoir de bénéficier du soutien des enfants à la vieillesse contraste avec leur vision qui en fait une propriété du père. Donc, les enfants ne sont vraiment pas une *propriété* du père comme les femmes feignent de le démontrer dans leur discours. Tout porte à croire qu'en s'adossant aux réalités sociologiques patriarcales, les femmes instrumentalisent cette image de l'enfant pour se décharger de la responsabilité des coûts financiers directs relatifs à la prise en charge des enfants en sachant probablement qu'elles paient déjà les coûts d'opportunité élevés des enfants et les coûts psychologiques de la maternité qui sont parfois énormes en raison des grossesses nombreuses.

4.8.2 Ancrage sociologique de la représentation sociale de la contraception médicale

Le discours élaboré autour de l'usage de la contraception médicale s'inscrit globalement dans deux logiques d'opinions. On distingue une modalité de perceptions favorables à la pratique et mettant en exergue ses bienfaits, d'une part ; et une logique discursive révélant ses nuisances, d'autre part. Les opinions relatives aux bienfaits de la pratique contraceptive sont les thèmes *planification des naissances, autonomisation des femmes, protection de la santé maternelle et infantile et vie sexuelle épanouie* dont les trois derniers semblent être des idées émergentes⁶⁷ à propos de l'objet représentationnel. Quels répondants portent-ils ces opinions et pourquoi ?

Le thème *autonomisation des femmes* est une opinion quasi-féminine. Dans le corpus, il y a 6 répondants sur les 30 dont 5 femmes qui estiment que la contraception médicale est un outil d'autonomisation des femmes. Il s'agit probablement d'une opinion émergente dans la représentation sociale de la contraception médicale et exprimée essentiellement par les femmes. Selon nous, cette vision de la contraception médicale est quasi-féminine en raison des pertes de revenus occasionnées par les temps consacrés aux tâches liées à la maternité. Par exemple, les femmes subiraient des discriminations à l'emploi à cause des règles de disponibilité au travail visant la prévention des absences au poste pour fait de grossesse (Drapeau, 1997). Dès lors, contrairement aux hommes, cette situation crée chez elles, une inégalité de chances d'accès aux ressources financières. Aussi, les Béninoises sont-elles en majorité des travailleuses autonomes évoluant dans le secteur informel⁶⁸ (INSAE, 2013). Pour cela,

⁶⁷ Idées émergentes : à notre avis, les opinions exprimées par un nombre relativement important de répondants et qui ne sont pas pour autant populaires dans le groupe étudié peuvent être considérées comme des idées émergentes dans l'étude d'une représentation sociale.

⁶⁸ Secteur informel : secteur d'activités échappant à l'administration fiscale. Une grande caractéristique du secteur informel est que ses acteurs ne bénéficient pas des mesures sociales liées au travail.

elles sont davantage frappées par les pertes de revenus dues à la maternité parce que les acteurs du secteur informel ne bénéficient pas des mesures de protection sociale liées au travail. D'ailleurs, la quasi-totalité des Béninoises ne jouissent pas des congés de maternité et des avantages y relatifs. Pour illustrer le discours faisant de la contraception médicale un instrument d'autonomisation des femmes, nous rapportons les propos de dame Assiba, une jeune revendeuse vivant au village et qui a déjà accouché 6 fois. Son discours caractérise excellemment la relation entre la maternité et les pertes de revenus chez les femmes béninoises. Voici un extrait de son discours au sujet de la contraception médicale.

La contraception est une bonne chose parce que les grossesses non désirées arrièrent la femme. Si tu tombes enceinte, tes capacités sont réduites et tu ne peux plus faire tes affaires pour gagner de l'argent. Il vaut mieux se donner plus de temps pour travailler.

D'autre part, le thème *planification des naissances* qui est une perception centrale à la représentation sociale de la contraception médicale et les thèmes *vie sexuelle épanouie et bien-être familial*, tous deux des idées émergentes sont portés par des répondants ayant en commun le fait d'avoir une famille relativement nombreuse c'est-à-dire au moins 4 enfants. Les répondants ayant une famille nombreuse perçoivent dans la contraception médicale, un moyen de planification des naissances et de bien-être familial parce qu'un grand nombre d'enfants est souvent associé à des difficultés de ressources dont une des solutions consiste à arrêter ou à limiter la procréation pour améliorer la qualité de vie du ménage. C'est dans cette perspective que Gbessin, un ouvrier vivant au village avec ses 10 enfants formule les propos suivants :

La contraception est une bonne chose. Au temps jadis, il y a des tisanes qu'on recommande à des couples matures qui ne veulent plus d'enfants. Beaucoup de femmes souffrent des grossesses nombreuses. Donc, l'État fait bien d'amener la contraception parce qu'il y a beaucoup de souffrances dans les ménages en raison du nombre élevé d'enfants.

À l'image du précédent intervenant, le récit de vie de dame Kohoué, mère de 4 enfants vivant dans un foyer polygame corrobore-t-il notre lecture de la situation. En constatant les difficultés de son foyer en raison du nombre élevé d'enfants qui s'y trouvent, cette femme prend une décision qu'elle expose en ces termes

[...] ma coépouse et moi avons déjà huit enfants. C'est trop pour les moyens de mon mari. Et je lui conseillais de nous faire la contraception pour pouvoir travailler et l'aider à les entretenir. Mais ma coépouse s'est opposée à mon idée et souhaite faire tous les enfants que Dieu lui donne. Mais moi j'ai arrêté contre la volonté de mon mari qui veut encore d'enfant. Sans consulter mon mari, je suis allée faire ma contraception en cachette.

Aussi, conseille-t-elle à d'autres femmes en proie aux difficultés de la famille nombreuse, la contraception en tant que moyen d'accès au bien-être familial. À ce sujet, elle raconte dans le discours suivant une expérience qu'elle a faite avec une autre femme.

Oui, je parle de la contraception avec beaucoup de monde surtout avec mes amies. La dernière fois, j'en ai parlé avec une amie qui est toujours en conflit avec son mari en raison de l'insuffisance de leurs moyens financiers. Le père des enfants est incapable de s'en occuper. Les enfants ne mangent pas à leur faim et ne bénéficient pas de soins de santé en cas de besoin. Et je lui conseillais de faire la contraception pour permettre à sa famille de mieux se porter.

Ces discours traduisent explicitement les vertus qu'ils attribuent à la contraception quant à sa capacité de limiter les naissances et de favoriser le bien-être familial. Le thème *protection de la santé maternelle et infantile* est déclaré majoritairement par des répondants ayant un niveau d'instruction relativement élevé, soit au moins secondaire. Une telle situation pourrait s'expliquer par le fait que l'éducation soit un déterminant majeur de la pratique contraceptive. Selon l'enquête démographique et de santé (2018), les Béninois ayant un niveau d'instruction élevé pratiquent la contraception plus que celles qui en ont moins. Cela laisse penser que les personnes lettrées anticipent mieux l'importance de la scolarisation pour l'avenir des enfants. Et les femmes diplômées qui ont plus à perdre sur le plan professionnel en ayant trop d'enfants recourent plus à la contraception. Aussi, les savoirs livresques des

personnes lettrées favorisent-ils une appropriation différente des éléments formant le contenu de la représentation sociale de la contraception médicale comme nous en faisons le constat avec Assogba, un comptable de niveau universitaire qui a 5 enfants. Cet homme rejette toute forme de contraception hormonale et utilise le condom pour planifier les naissances dans son foyer. Attitude qu'il explique doctement à travers les propos suivants :

[...] j'ai déjà évité la grossesse parce que je ne veux pas des naissances rapprochées. Quand l'enfant n'a pas encore 5 ans, son système immunitaire est immature pour affronter certaines maladies. Donc, je veux que ma femme tombe enceinte si le dernier enfant a au moins 5 ans... Pour planifier les naissances, j'utilise le préservatif.

La logique de discours articulée autour des méfaits de la pratique contraceptive repose essentiellement sur les thèmes *dérèglement du cycle menstruel* et *risque pour la santé* qui sont des connaissances centrales à la représentation sociale de la contraception médicale chez les répondants. À celles-ci s'ajoute le thème *stérilité* qui s'apparente à une opinion émergente dans le discours. Ces idées sont diffuses dans le groupe étudié et ne manifeste pas explicitement de traits sociodémographiques prêtant à une interprétation quelconque. Néanmoins, on note une constance dans le corpus au sujet du discours évoquant les méfaits contraceptifs. En termes clairs, le discours rébarbatif concernant la contraception médicale repose sur des expériences vécues par les répondants eux-mêmes ou des gens appartenant à leurs réseaux sociaux comme en témoigne l'extrait suivant.

Je n'ai pas confiance en la contraception. Je l'ai déjà essayée une fois. Ma femme a mis des implants et ça s'est mal passé. Elle a souvent été malade et se plaignait des céphalées jusqu'à ce qu'on lui enlève ça. Et puis après, elle a fait une hypertension artérielle avec beaucoup de dépenses [Badoussi, 44 ans, menuisier et père de 4 enfants].

4.8.3 Ancrage sociologique de la représentation sociale de l'avortement

Les propos recueillis au sujet de l'avortement s'inscrivent dans deux logiques discursives opposées. Il y a d'abord, la majorité des répondants qui se prononcent contre la pratique abortive. Par exemple, parmi les 26 répondants qui sont intervenus sur l'avortement, une quinzaine l'assimilent au meurtre. Le champ lexical utilisé par ces répondants pour décrire l'avortement renvoie globalement à une pratique dangereuse pour la santé et attentatoire aux mœurs et valeurs religieuses. Et ensuite, l'on observe une opinion minoritaire qui revendique l'avortement comme un moyen de planification familiale. Il y a seulement trois répondants qui perçoivent la pratique abortive sous cet angle. Il s'agit probablement d'une idée émergente au sein de la représentation sociale de l'avortement. Ces trois répondants sont tous animistes⁶⁹ dont deux sont diplômés de l'université et une femme sans instruction. Ainsi, ce positionnement à l'égard de l'avortement manifeste-t-il chez ces répondants, une prise de conscience du « *droit à l'avortement* » ou une idéologie animiste laxiste et ouverte sur l'acte abortif ? Lorsque nous demandions leurs opinions sur l'avortement, voici ce que deux des répondants répondent entre autres :

C'est parfois nécessaire, je ne suis pas contre l'avortement. Je veux même qu'on légalise ça parce que je veux avoir le droit d'avorter si je veux. Je ne sais pas pourquoi on m'empêcherait de le faire. Ce sont les fanatiques religieux qui racontent de n'importe quoi. Je n'ai aucun problème avec l'avortement. Les gens ne mesurent pas toutes les conséquences d'une grossesse non désirée. Je veux pouvoir me lever et enlever ma grossesse si je le désire [Folakè, 32 ans, niveau universitaire, animiste et mère d'une fille].

Si je suis enceinte et que je ne veux pas accoucher de cet enfant, je dois avorter rapidement parce que je ne peux pas supporter une grossesse non désirée. Il m'est arrivé plusieurs fois de tomber enceinte involontairement. À chaque fois, je tente d'avorter moi-même en prenant des médicaments. Si ça ne marche pas, je recours aux agents de santé pour avorter. Une grossesse non désirée doit être avortée pour éviter que l'enfant

⁶⁹ Animisme : croyance religieuse selon laquelle tout possède un esprit et une âme et digne d'être adoré, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Animisme>.

qui en sort, devienne une charge non voulue pour les parents à l'avenir [Kohoué, 47 ans, sans instruction, animiste et mère de 4 enfants].

Le ton des deux extraits semble plutôt pencher en faveur de la revendication du « *droit à l'avortement* ». Cependant, l'intégrisme religieux anti-avortement évoqué par Folakè n'est manifestement pas une caractéristique de l'idéologie animiste. D'ailleurs, la tolérance à l'égard de l'avortement n'est observée que chez des répondants se réclamant de ce courant religieux. En revanche, les répondants qui désapprouvent l'avortement sont de confession chrétienne ou musulmane. Selon eux, la pratique abortive contrevient aux principes de leur croyance religieuse et est réprimée par Dieu. Cette posture n'a pas besoin d'explication supplémentaire comme en témoignent les discours suivants :

L'avortement est interdit par la religion. Dieu ne le permet pas. La vie est sacrée [...]. On ne doit pas arrêter la grossesse parce que c'est un péché grave [Dossi, 39 ans, études secondaires, chrétienne catholique et mère de 4 enfants].

L'avortement a aussi un danger spirituel, vous devenez ennemi de Dieu... Parce que la terre a horreur du sang et la terre va se soulever contre vous. Personne n'est pas épargné, les agents de santé qui avortent... Je vous dis qu'à cause de l'avortement beaucoup sont devenus pauvres [Comlan, 30 ans, études universitaires, chrétien évangélique et père de 3 enfants].

CHAPITRE V

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans la partie précédente, nous avons présenté les résultats issus de l'analyse des données. Ici, nous allons les revisiter, les expliquer davantage et surtout montrer en quoi ces résultats contribuent-ils à la compréhension du phénomène étudié en l'occurrence, la fécondité élevée chez les personnes vivant en couple marié au Bénin.

Rappelons que l'interprétation des résultats est, en effet, une tâche d'explication et de proposition de sens aux résultats obtenus. En termes clairs, interpréter les résultats consiste à les organiser en les reliant entre eux, d'une part ; et à les mettre en perspective avec la problématique et le cadre théorique en vue de fournir une explication au phénomène étudié et de dégager d'éventuelles avenues de recherche, d'autre part (Mongeau, 2011; Tremblay et Perrier, 2006).

Afin de comprendre la persistance de la famille nombreuse chez les personnes vivant en couple marié au Bénin, nous avons exploré leurs savoirs profanes ou leur vision de l'enfant et de la planification familiale. De plus, nous avons identifié les facteurs incitatifs et les obstacles à la négociation de l'usage de la contraception médicale au sein du couple marié. Dans la perspective de rendre plus compréhensible le phénomène de fécondité élevée dans le contexte béninois, nos constats sont organisés autour de trois axes et explicités à l'aune de données issues de recherches locales et d'ailleurs. Plus précisément, ce chapitre est organisé autour des axes tels que :

- Le rapport des personnes mariées aux rôles parentaux et à l'enfant.

- La défiance de la planification familiale chez les personnes mariées.
- Le rôle du genre et des rapports sociaux de sexe dans la négociation de l'usage contraceptif au sein du couple marié.

5.1 Le rapport des personnes mariées aux rôles parentaux et à l'enfant : un facteur prédisposant à la fécondité élevée au Bénin

5.1.1 La division sexuelle des rôles parentaux et ses ressorts natalistes chez les répondants

Le positionnement des personnes mariées par rapport aux fonctions parentales et à l'enfant fournit des éléments de compréhension de la fécondité élevée qu'on observe au Bénin. En effet, les rôles parentaux sont très sexués dans les propos des personnes que nous avons enquêtées. Leurs discours manifestent deux fonctions parentales distinctes et complémentaires c'est-à-dire la fonction paternelle et la fonction maternelle. En termes clairs, l'homme marié que les enquêtés désignent aussi par l'expression *chef de famille* incarne l'autorité du ménage. Il en assure l'ordre et fournit les moyens requis aux soins et à l'éducation des enfants tandis que la fonction maternelle se résume essentiellement aux tâches domestiques notamment soignantes et éducatives. À des nuances près, cette division sexuelle du travail reproductif a pu être observée ailleurs. Par exemple, la fonction paternelle en Afrique de l'Ouest et du centre est caractérisée par des investissements financiers en faveur des enfants au moment où les mères assument les tâches de *care* tant à l'endroit des enfants que des conjoints (Cissé et coll., 2017). Cependant, Barrère-Maurisson (2012) qui s'appuie sur le modèle occidental de la parentalité souligne qu'on assiste depuis plusieurs décennies à une plus grande indistinction des rôles paternels et maternels en raison du salariat féminin et des mutations familiales. Cette conclusion semble être hâtive voire insuffisamment fouillée et argumentée selon Blöss (2009, p. 53-55) qui montre que le volet *care* des tâches parentales est toujours du ressort des mères dans la plupart des

sociétés. De plus, l'auteur va plus loin en voyant dans les politiques publiques qui sont censées équilibrer les rôles parentaux, des outils de reproduction des inégalités desdits rôles. Pour l'auteur, ces politiques consacrent la prégnance des compétences parentales des femmes et à travers elle, la division sexuelle des rôles parentaux comme l'on peut lire dans cet extrait :

La gouvernance des rapports domestiques déborde le cadre privé des relations entre conjoints et parents pour concerner l'ensemble des acteurs qui, dans leurs actes prescripteurs, consolident, en quelque sorte, le caractère asymétrique de ces rapports. Une analyse critique qui tente de comprendre les actions des politiques publiques du point de vue du genre et surtout les ressorts ou les représentations sociales qui les sous-tendent permet de montrer que les pratiques institutionnelles hétérogènes (les réformes, les lois, les mesures des politiques sociales de l'emploi et de la famille...) convergent peu ou prou pour consacrer... la prédominance des compétences parentales des femmes...

Cet essentialisme biologique imprègne encore l'action des politiques publiques dont les ressorts restent pour le moins ambigus, car situés au cœur d'une tension entre, d'un côté, une logique égalitaire marquée par la volonté de l'État de rendre plus équitable l'exercice des rôles parentaux et, de l'autre, une logique différentialiste (ou de discrimination positive), fondée sur un souci de protection du statut maternel. Cette tension contribue in fine à officialiser la division sexuelle des rôles domestiques.

En Afrique, nombre d'études corroborent la division sexuelle des rôles domestiques qui pèsent davantage sur les femmes (Badini-Kinda, 2010 ; Feinstein, 2010, Abidemi, 2007). Dans le contexte occidental, une analyse comparative des études menées aux États-Unis, au Canada, en Norvège, en Suède et en Australie, montre que les femmes réalisent une part disproportionnée des tâches domestiques dont l'ampleur ne varie pas de façon significative d'un pays à l'autre (Baxter, 1997).

Aussi, faut-il noter que d'autres auteurs ont observé au Bénin le clivage des rôles parentaux exprimé dans notre échantillon. Par exemple, l'analyse de la vie quotidienne dans les foyers de Cotonou montre que les tâches domestiques sont du ressort quasi-exclusif des femmes sans égard pour leur statut social (Adjamagbo et coll., 2016). Néanmoins, les dépenses des ménages cotoinois sont souvent à la charge des hommes quoique les conjointes salariées y contribuent (Kpadonou, 2019). Cette

division sexospécifique des rôles qu'on observe à Cotonou, la plus importante ville en termes de niveau de revenus et de vie trahit la réalité de la répartition sexuelle des fonctions parentales dans le pays. La dichotomie des rôles parentaux y est formelle dans le discours des répondants. À ce propos, les répondants féminins justifient la fonction paternelle en l'occurrence la prise en charge des coûts directs de la reproduction par le fait que les enfants portent leur patronyme. D'ailleurs, l'attribution du patronyme à l'enfant conduit à une représentation atypique de ce dernier chez les femmes qui la définissent entre autres comme une *propriété du père*. C'est ainsi qu'il est admis au Bénin que les dépenses liées à la prise en charge des enfants soient une compétence paternelle exclusive. De plus, rappelons qu'en Afrique, les hommes qui sont les principaux décideurs des objectifs reproductifs au sein des ménages, sont aussi ceux qui y désirent plus d'enfants (Bankole et Singh, 1998 ; Adjamagbo et Guillaume, 2001). L'écart entre les intentions de fécondité des hommes africains et celles de leurs épouses est confirmé au Bénin par l'enquête démographique et de santé de 2018. Celle-ci renseigne également que les Béninoises partagent avec leurs époux la même passion nataliste dans la mesure où les femmes et les hommes vivant en couple marié déclarent un nombre moyen idéal d'enfant qui s'établit respectivement à 6 et 7. Ces deux réalités notamment la prégnance du pouvoir décisionnel masculin dans le ménage y compris dans le domaine reproductif couplée avec la propension nataliste des hommes tenus responsables des dépenses d'entretien des enfants, d'une part; et l'attrait des femmes mariées pour la famille nombreuse, d'autre part; constituent les premières bases de compréhension de la forte fécondité qu'on observe au Bénin. À cela s'ajoutent d'importants éléments contextuels qu'il importe de mettre en perspective avec la vision de l'enfant chez les répondants pour mieux appréhender les fondements de la famille nombreuse au Bénin.

5.1.2 Les fonctions sociales de l'enfant et leurs potentielles implications dans la fécondité élevée dans le contexte béninois

Nous avons proposé d'accéder à la compréhension de la fécondité élevée au Bénin au moyen de la vision de l'enfant chez les répondants et surtout des éléments contextuels susceptibles de les conditionner. À cette fin, le matériel discursif fournit beaucoup d'informations. Cependant, il n'est point besoin de recourir à tous les rôles sociaux de l'enfant que nous avons identifiés dans le discours avant de mettre en lumière les liens probables entre ceux-là et le grand attrait pour l'acte reproductif chez les répondants. Rappelons, à cette étape, que les répondants approchent la question de la reproduction en termes d'obligation individuelle et sociale qui n'a aucune alternative contrairement à ce qu'ont pu observer d'autres auteurs comme De Pierrepont et Lévy (2017). Dans cette partie de la discussion des résultats, deux fonctions de l'enfant prégnantes dans le discours sont mises en avant. Il s'agit notamment des rôles de l'enfant dans la vieillesse des parents y compris pendant la période de leur décès, d'une part; et dans la protection du patrimoine familial, d'autre part. Ces fonctions sociales de l'enfant sont largement partagés par les répondants. Pour ce faire, nous abordons dans un premier temps, les relations décrites entre la vieillesse des parents et le désir d'enfant chez les répondants. Ensuite, nous évoquons les fondements de la reproduction sous l'angle de la perpétuité sociale et de l'organisation des obsèques et autres rites funéraires des parents défunts.

Les enjeux de la reproduction dans la survie des personnes âgées au Bénin

Entre autres, le discours des répondants au sujet de l'enfant montre clairement que l'envie de satisfaire certains besoins surtout les besoins vitaux, de sécurité et de protection pendant la vieillesse occupe une place importante dans la formation et la réalisation de leur désir d'enfant.. À ce sujet, la vision faisant de l'enfant une sorte *d'assurance vieillesse* et un *défenseur* des vieux parents contre les agressions est

centrale à sa représentation sociale chez les répondants. Aux dires des personnes enquêtées, l'acte reproductif permet aux parents d'avoir les moyens de se nourrir, de se soigner et de se prémunir des agressions physiques et psychologiques pendant la vieillesse. En d'autres mots, la reproduction est une mesure de prévoyance sociale ou de mitigation des risques liés à la vieillesse. Quoique plusieurs études dont Vignikin (2007), Locoh et Mouwagha-Sow (2005) signalent en Afrique, une sorte d'effritement des liens intergénérationnels pour diverses raisons, la solidarité entre enfants et géniteurs africains reste toujours très active. À ce sujet, Antoine (2007) souligne que dans la plupart des sociétés africaines, les soins prodigués aux enfants sont une dette à l'égard des parents. Dette dont les premiers ont l'obligation morale de s'acquitter à l'âge adulte en prenant soins des seconds pendant leur vieillesse. Par exemple, en milieu rural malgache où les enfants sont considérés comme la première richesse, les parents âgés sont soutenus avec des transferts monétaires provenant des enfants qui émigrent (Rakotonarivo, 2010). De même, Mondain et coll. (2013) décrivent le même élan de solidarité intergénérationnelle chez des jeunes immigrants sénégalais pour lesquels le devoir de contribuer à une vieillesse décente des aînés reste une importante motivation de leur départ pour l'étranger. L'ancrage de cette solidarité des jeunes envers les anciens dans le système des normes et valeurs africain est essentiellement le résultat de la faiblesse ou de l'absence des mesures de protection sociale collectives. En d'autres mots, la grande majorité des personnes âgées d'Afrique ne bénéficient d'aucune politique publique de soutien telles que les retraites ou l'accès aux soins et leur prise en charge s'appuie uniquement sur des réseaux de solidarités privées surtout familiales (Antoine, 2009) et ce parce que les conditions de vie de cette catégorie d'Africains sont en marge des agendas publics nationaux et internationaux (Berthe et Coll, 2013; National Research Council, 2006). Situation qui fait dire, à juste titre, à Antoine (2009) que les aînés ne

constituent pas toujours une priorité politique sur le Continent. À ce sujet, les réalités béninoises sont très expressives. Selon les résultats de l'enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages; étude réalisée en 2015; le taux de salarisation⁷⁰ s'établit à 13,6 % au Bénin. L'étude révèle également que le secteur informel, secteur d'activités mobilisant des travailleurs non-salariés, mobilise 89 % des actifs. Pendant ce temps, le système d'assurance sociale béninois repose essentiellement sur le salariat permettant, ainsi, à une petite proportion de personnes de bénéficier de la couverture des risques relatifs à la maladie, à la maternité, à la vieillesse etc. (Gouvernement, 2013). Ces constats suggèrent clairement que les risques relatifs à la vieillesse ne sont pas couverts par un dispositif public d'assurance. Par conséquent, la plupart ou du moins la quasi-totalité des aînés ne bénéficient pas d'une pension de vieillesse. D'où la pertinence du discours faisant de la reproduction une mesure de couverture des risques relatifs à la vieillesse.

De même, les répondants font un lien remarquable entre besoin de se prémunir d'actes agressifs pendant la vieillesse et désir d'enfant. Pour la plupart d'entre eux, la quiétude dont on jouit à la vieillesse concernant la protection contre les violences dépend de la présence des enfants surtout des garçons. Entre autres, ces derniers assurent la défense et la sécurité physique des parents âgés, racontent les répondants. Notons que ce motif du désir d'enfant est rarement mis en évidence dans les études antérieures. Néanmoins, certains auteurs tels que Moumouni (2017) ; Kougniazondé et coll. (2014) ; Olaniyi (2009) remarquent en Afrique et au Bénin, la constitution des groupes d'autodéfense pour défendre les personnes et les biens dans des situations d'adversité et de capacités limitées des forces de sécurité publique. Le même constat est fait ailleurs par Guilmoto (2015, p. 227) qui l'élabore en ces termes :

⁷⁰ Taux de salarisation : la part de la population active occupée qui perçoit un salaire.

Une approche plus matérialiste a ... mis en avant le rôle économique et social avantageux des garçons dans la famille. Leurs atouts concernent notamment leur fonction au sein du ménage élargi en tant que... garant de la sécurité du foyer, et soutien aux personnes âgées... À une échelle plus large, le rôle des hommes dans la défense de la communauté (village, clan, caste, etc.) ou celle de la société dans son ensemble apparaît comme un trait crucial, en particulier dans les pays ou les groupes sociaux sont sujets à des conflits. Le rôle des garçons est particulièrement important là où les institutions d'État ou du marché comme la police, les systèmes d'assurances et de retraite ou la défense des droits de propriété sont faibles.

Entre autres, cet extrait met en évidence la fonction sécuritaire des garçons auprès de leurs communautés y compris la défense et la sécurité physique des personnes âgées dont parlent nos enquêtés. D'autre part, il suggère une information majeure qui marque leurs discours. Il s'agit du caractère sexospécifique des fonctions sociales de l'enfant. En effet, le rôle des garçons ainsi décrit n'a de sens que s'il se définit par rapport à celui des filles. Cette sexospécificité qui affecte la représentation sociale de l'enfant chez les personnes incluses dans notre recherche est particulièrement aidante pour comprendre la persistance de la famille nombreuse au Bénin. Aussi, faut-il dire que notre travail est le premier du genre dans un pays pré-transitionnel où l'on aborde la problématique de la fécondité élevée en mettant en perspective la représentation sociale de l'enfant et de celles de la contraception et de l'avortement qui sont, au demeurant, deux déterminants majeurs de la fécondité. D'où l'originalité de cette étude où nous mettons en lumière une représentation sexuée de l'utilité sociale de l'enfant obligeant femmes et hommes mariés à en tenir compte dans les résultats de fécondité. Ainsi, contrairement aux études antérieures telles que Dufour (2017), Das Gupta et coll (2003), Miller (2001) et Arnold et Coll (2002) montrant en Asie une hiérarchisation de la valeur sociale des filles et des garçons entraînant la préférence des seconds aux premières, les enfants des deux sexes sont simultanément désirés par les répondants en raison de la complémentarité de leurs rôles perçus auprès des parents âgés. En termes précis, pour leur fonction de défense et de continuation de la ligné, les garçons sont autant désirés que les filles qui symbolisent l'assurance vieillesse des parents.

Ces éléments montrent, entre autres, qu'au Bénin la qualité de vie pendant la vieillesse est étroitement liée à la reproduction. Ainsi, celle-ci s'impose surtout dans un contexte d'effritement du système de solidarité intergénérationnelle en milieu rural béninois où des personnes âgées souffrent des vulnérabilités économique et nutritionnelle (Demate et Amadou Sanni, 2019). Ce début de relâchement du lien de solidarité entre jeunes et personnes âgées et la conscience y relative semblent jouer un rôle dans la formation des familles de grande taille comme on peut le constater dans la déclaration suivante :

J'aime voir les parents entourés de beaucoup d'enfants parce que les enfants sont les consolateurs des parents à la vieillesse... Ce n'est pas parce qu'on a des enfants qu'on est forcément bien pris en charge à la vieillesse. Il y a des enfants qui ne s'occupent pas des parents. C'est pour cela qu'il faut en avoir beaucoup pour trouver quelqu'un qui s'occupe de soi après. Quand j'aurai 60 ans, je perdrais mes forces et ce sont mes enfants qui prendront soin de moi. Imaginez que je fasse deux enfants qui sont bénis par Dieu et qui ne prennent pas soin de moi. Je vois des personnes qui font deux enfants et le regrettent après en se lamentant parce que les enfants ne se comportent pas bien envers eux. C'est par mesure de prudence que je souhaite avoir beaucoup d'enfants pour me mettre à l'abri de cette surprise [Akouavi, 32 ans, études secondaires et mère de 5 enfants].

La relation perçue entre le grand nombre d'enfants et l'envie de vivre une vieillesse digne est ostentatoire dans la déclaration de cette femme. Cependant, au Bénin, l'acte reproductif n'est pas qu'un filet de protection des personnes âgées. Il est aussi un outil qui permet de combler les besoins d'appartenance et d'estime de soi des adultes. Dans ce registre, nous abordons la question de la protection du patrimoine familial par la reproduction ainsi que le rôle et la place des enfants dans l'organisation des obsèques et rites funéraires.

Le positionnement des répondants par rapport à la perpétuité sociale, aux obsèques des parents défunts et les implications dans l'acte reproductif

Plusieurs significations circulent dans le discours des répondants à propos de l'enfant. Et certaines ont un ancrage axiologique si fort qu'elles semblent ne laisser aucune alternative individuelle par rapport à la reproduction. En termes clairs, celle-ci est perçue comme une obligation immanquable. Devoir envers soi-même et surtout envers le clan d'appartenance. Devoir dont les finalités surpassent l'individu et sont appelées à lui survivre. Pour expliciter le phénomène, nous revenons sur deux autres idées centrales qui circulent dans le discours au sujet de l'enfant. Nous avons souligné dans la présentation des résultats que l'envie de protéger ou de préserver les biens matériels et culturels du clan et d'avoir des obsèques conformes aux coutumes sont deux grands motifs du désir d'enfant chez les répondants. Ces motifs du désir d'enfant ont été décrits dans d'autres contextes. Dans certains pays occidentaux, le souci de perpétuité du groupe social ou du nom de famille mobilise le désir d'enfant (Charton, 2009 ; Finch, 2008). Chez les Asiatiques surtout au Vietnam, les règles de transmission patrilinéaires et le devoir de préserver les acquis culturels familiaux justifient le désir des garçons (Bélanger, 2002 ; Guilmoto, 2015). De plus, soulignons que la relation observée par les chercheurs entre désir d'enfant et devoir de continuité des rites ancestraux s'avère dans le discours des répondants. Ce constat de recherche rappelle le motif du désir d'enfant supplémentaire du répondant Badoussi. Ce dignitaire du culte vodoun éprouve, selon ses propres aveux, des difficultés pour entretenir ses enfants. Néanmoins, ce dernier en désire un autre afin de léguer les biens culturels dont il est garant. En effet, de sa position de chef culturel, Badoussi est perçu comme le trait d'union entre la postérité et les ancêtres protecteurs du clan. À ce titre, sa responsabilité est énorme parce qu'il a lui-même hérité des rites familiaux de son défunt père et a le devoir de les transmettre. Intermédiaire entre le monde des vivants et celui des ancêtres envers lesquels Badoussi a un devoir de loyauté, il est astreint à léguer les savoirs culturels du clan pour ne pas rompre la mémoire familiale.

C'est le moins qu'il puisse faire pour confirmer son appartenance au clan et mériter plus tard le statut d'ancêtre. Il en a été ainsi depuis les temps anciens. Pour ce faire, il doit continuer de se reproduire pour avoir en temps opportun, conformément aux règles initiatiques du clan, un jeune enfant qui prendra la relève. À son tour, cet enfant symbolisera le chaînon reliant les deux mondes du clan c'est-à-dire le monde des vivants et celui de l'au-delà. En affichant une si aiguë conscience de son devoir clanique à travers son rapport à la reproduction, Badoussi manifeste cette réflexion d'Héritier (1985, 11-12) :

Être honoré de son vivant, être honoré après sa mort, suppose donc d'avoir accompli son devoir de procréation et d'avoir eu une descendance viable qui, transmettant la vie reçue, permet aux ancêtres de continuer d'exister.... Ainsi le désir d'enfant est-il surtout un désir éminemment social d'accomplissement projeté au travers d'une descendance qui conservera la mémoire des morts et leur rendra le culte nécessaire.

Par ailleurs, à ce désir d'enfant calqué sur le besoin de protéger les biens familiaux, nous devons fournir une explication additionnelle. Celle-ci porte sur les enjeux domaniaux et fonciers évoqués par des répondants qui expliquent leur rapport à la reproduction. En effet, la terre est devenue au fil des années, un grand objet de lutte à la confluence des intérêts de la mafia foncière galopante, du pillage des domaines privés par les autorités locales et des conflits d'héritages intrafamiliaux au Bénin. Cependant, le secteur agricole y emploie plus de 70 % de la population active (INSAE, 2015) et la réduction des exploitations paysannes due à la pression démographique exacerbe les conflits fonciers (Ballo et coll., 2016). Aussi, devons-nous mentionner que la gestion du foncier soulève au Bénin, d'importants problèmes tant au niveau familial, communautaire qu'institutionnel. Au nombre de ces problèmes préoccupants Akpinfa (2006) et Ballo et coll. (2016) rapportent entre autres, la vente frauduleuse et multiple des domaines d'autrui, les problèmes de délimitation des domaines entre propriétaires terriens, la réclamation des domaines acquis par vente ou donation après plusieurs années d'occupation ou d'exploitation etc. À ces faits, s'ajoutent naturellement les conflits judiciaires dont les dossiers s'entassent dans les cours et tribunaux béninois (Fraternité, 2018 ;

Andreetta, 2019). Cependant, les décisions de justice portant sur les litiges domaniaux et les textes de lois régissant la gestion foncière n'y sont toujours pas appliquées (Akpinfra, 2006 ; Andreetta, 2016). Ces éléments cumulés créent au sujet de la propriété foncière un climat de psychose général matérialisé par des pancartes portant la tête de mort appuyée de slogans tels que « danger de mort », « maison à ne pas vendre », « domaine litigieux », etc. qui foisonnent sur les biens immobiliers à travers le pays. Ainsi, le risque d'expropriation et de vol des domaines privés est réel et mobilise chez les Béninois le désir d'enfant pour protéger leurs patrimoines fonciers. Autrement dit, le combat lié à la préservation des biens fonciers est une lutte de longue haleine au Bénin. Et pour la gagner dans la durée, il faut s'y préparer comme l'indique cette enquêtée :

Les garçons sont importants parce qu'ils restent dans la maison familiale à l'âge adulte. Ce sont eux qui interviennent en cas de problème... Si une personne a des garçons, c'est une sorte de sécurité pour lui dans la mesure où la famille ne peut plus lui arracher ses biens. Quelqu'un qui a acheté une parcelle, peut être tué par sa famille qui prendra son bien mais avec un garçon ce n'est pas possible [Sèhouè, 31 ans, ménagère et mère de 5 enfants.

Nous clôturons cette partie en évoquant en quoi se reproduire fait-il particulièrement du sens pour les répondants en ce qui concerne l'organisation des obsèques et autres rites funéraires des parents défunts. En effet, plusieurs études ethnographiques montrent que dans les sociétés d'Afrique subsaharienne, la mort des adultes déclenche un processus rituel au terme duquel le défunt est censé se détacher du monde des vivants pour accéder au statut d'ancêtre (De Latour, 1996). Aussi, ce dernier indique-t-il que les rites funéraires se déroulent souvent en deux temps qui correspondent aux cérémonies d'enterrement et à l'organisation des funérailles. De plus, celles-ci ont souvent été des moments d'exhibition sociale et de dilapidation de richesses en Afrique subsaharienne (Barou et Navarro (2007). La preuve en est qu'en Côte d'Ivoire, il a été institué des caisses de solidarité dans des entreprises afin de permettre aux salariés de mobiliser les ressources nécessaires aux funérailles (Gnabéli, 1996). Au Bénin, le phénomène prend une ampleur extravagante notamment au Sud du pays où les parents du défunt peuvent s'endetter fortement pour

s'exhiber en offrant le luxe requis pour la circonstance (Muller, 2013 ; Noret, 2010). D'ailleurs, face à ce *sociodrame passionné* où l'on gaspille d'importantes ressources (Vidal, 1986), l'on note actuellement une prise de conscience politique. Pour le compte de sa deuxième session ordinaire de l'année 2019, le Parlement du Bénin a inscrit au titre des textes à étudier, un projet de loi⁷¹ visant l'interdiction des dépenses ruineuses⁷² dans l'organisation des cérémonies funéraires. Néanmoins, les Béninois se départiront difficilement des représentations sociales de la vieillesse, de la mort et des obsèques et rites funéraires rappelant, par le fait même, Thomas (1991, p. 32) qui décrit éloquemment le modèle des funérailles en vogue au Bénin et en Afrique subsaharienne.

Cette familiarité du vieux sage avec le mourir lui vient de ce que la mort ne lui fait pas peur car il s'y prépare en y pensant beaucoup, en sacrifiant sur l'autel des ancêtres... Aussi, à plus forte raison si le vieux ... a mis au monde et élevé beaucoup d'enfants qui sacrifieront pour lui et entretiendront sa mémoire, s'il a su accumuler pour célébrer sa mort des biens abondants qui seront détruits de façon ostentatoire, ses funérailles s'achèveront en une véritable apothéose. Rites et sacrifices habituels n'empêcheront pas l'atmosphère de fête. Les chants qui sur un mode dithyrambique exaltent sa mémoire et louent ses proches, les rythmes endiablés des tambours, les bruits des sonnailles, cette exubérance auditive symbolise encore la naissance proche du défunt comme ancêtre.

Cette représentation de la mort, du rôle et de la place de l'enfant notamment biologique dans les cérémonies faites en honneur du défunt, mobilise le désir d'enfant de plusieurs répondants. Et ce, parce que les obsèques exigent un niveau de dépenses nécessitant l'engagement des proches surtout des enfants du mort comme en témoignent les propos ci-dessous :

[...] les obsèques des gens stériles sont bâclées. Une personne stérile qui meurt aujourd'hui peut être inhumée cette nuit. Or si elle a des enfants, ils la déposeront à la morgue et prendront du temps pour organiser ses obsèques. Aucune famille ne peut faire cela à

⁷¹ Article de presse portant sur le projet de loi visant l'interdiction des cérémonies ruineuses au Bénin, <https://www.bbc.com/afrique/region-40776356>, lien consulté en décembre 2021..

⁷² Ce terme désigne principalement les obsèques ostentatoires organisées le plus souvent avec des dettes pour se conformer à la mode.

un défunt si ce ne sont pas ses enfants biologiques [Femme, 29 ans, tisserande et mère de 2 enfants].

En bref, nous estimons que les éléments contextuels indiqués ci-dessous entretiennent un rapport probable avec la persistance de la famille nombreuse chez les répondants. D'autre part, le regard des répondants sur la planification familiale notamment dans ses composantes contraceptive et abortive, deux déterminants réputés proches de la fécondité; offre un angle supplémentaire de compréhension de la famille nombreuse au Bénin. À l'aide de certains résultats, nous allons montrer en quoi la vision des répondants relative à ces deux moyens de contrôle des naissances permet-elle de comprendre davantage la problématique de la fécondité élevée au sein des couples béninois mariés.

5.2 La défiance de la planification familiale dans les couples mariés : une situation favorable aux grossesses nombreuses ou répétées au Bénin

La frilosité des Béninois et particulièrement des personnes mariées à l'endroit des moyens courants de planification familiale peut trouver sa justification dans ce qu'elles en pensent. Nos résultats concernant la pensée sociale des moyens de planification familiale semblent corroborer le faible usage contraceptif ainsi que la crainte de l'avortement dans les couples béninois mariés et logiquement la fécondité élevée observée dans le pays. Dans la suite de cette section, nous allons revisiter brièvement les représentations saillantes de la planification familiale et leurs implications dans la formation des familles nombreuses.

Déclarée efficace pour planifier la famille, la contraception médicale est également jugée dangereuse pour la santé maternelle

Retenons que les répondants sont presque unanimes sur l'efficacité de la contraception médicale en tant que moyen de planification familiale. Cette utilité des procédés

médicaux permettant d'espacer ou de limiter les naissances est évoquée à la fois par la minorité des répondants qui en font usage au moment de l'enquête et ceux qui les désapprouvent. Comme les répondants le disent, le rôle de la contraception médicale dans la réduction des grossesses imprévues est de notoriété publique. Par exemple, en étudiant les avortements clandestins à Kinshasa, Chae et coll. (2017) y observent un faible usage de la contraception médicale qui est directement corrélé avec un grand nombre de grossesses non planifiées. Aussi, nombreuses autres études en viennent-elles à la même conclusion et il est superflu de s'y attarder. Néanmoins, cette vertu de la pratique contraceptive semble moins importer pour les répondants. Ce sont plutôt les nuisances et risques liés à l'usage contraceptif qui prennent une place importante dans le discours. À ce sujet, deux grosses problématiques sont rapportées. Il s'agit du dérèglement du cycle menstruel, d'une part ; et des atteintes diverses à la santé, d'autre part. Ces effets indésirables font partie intégrante des motifs d'arrêt de l'utilisation des contraceptifs médicaux à travers le monde (Castle et Askew, 2015). Cependant, d'autres études montrent que les agents de santé banalisent les plaintes des femmes concernant les effets secondaires alors que ceux-ci affectent sérieusement leur qualité de vie (Var et coll., 2014 ; Tolley et coll., 2005). Le même phénomène s'observe au Bénin où l'on rapporte une utilisation prédominante des contraceptifs hormonaux surtout des implants associés à des effets secondaires justifiant l'arrêt de la pratique par des femmes (INSAE, 2018 ; Bagnan et coll., 2017). Ainsi, il semble qu'au Bénin, les problèmes associés à l'utilisation des implants sont convertis en représentations négatives. Celles-ci sont ensuite généralisées à toute la contraception médicale grâce à la communication collective. D'où la prégnance de l'aspect négatif dans la symbolique de la contraception médicale chez les répondants.

***L'avortement décrit comme une inconduite
délétère et potentiellement mortelle***

Globalement, admettons que les répondants ont une mauvaise perception de l'avortement volontaire. Pour eux, l'acte abortif est une inconduite parce qu'il s'agit d'un meurtre. Aussi, racontent-ils que la pratique porte atteinte à la santé avec un risque de stérilité si les femmes qui y recourent n'en meurent pas. À propos de cette représentation de l'avortement, Boltanski (2004) mentionne que la perception de l'acte en tant que crime est renforcée par les progrès technologiques qui rendent possible la visualisation du fœtus et de l'embryon. D'ailleurs, dans une étude réalisée par Alessio et Coll (2011) auprès de répondants français et brésiliens, ceux-ci se représentent respectivement l'embryon humain par les termes « bébé et fœtus » et « vie ».

Au Bénin, il faut signaler que la mauvaise image de l'avortement est due à une conjonction de faits. D'abord, l'avortement est mal perçu en raison de son caractère illégal contraignant la majorité des demandeurs à des offres clandestines dont certaines finissent par des décès qui sont fortement médiatisés. Ce qui accroît la peur de la pratique au sein de l'opinion. Ensuite, il nous importe de signaler que l'expression *grossesse non désirée* n'existe pratiquement pas dans les langues locales d'Afrique de l'Ouest (Rossier, 2006). Au Bénin, on parle plutôt de *agamin ho* qui signifie chez l'ethnie Fon, la *grossesse issue de la prostitution* pour nommer toute grossesse émanant des rapports sexuels licencieux⁷³. C'est ce type de grossesse qui est en fait la *grossesse non désirée* pour laquelle l'on sollicite les services d'avortement pour éviter la honte relative aux relations sexuelles non maritales (Rossier, 2006). Ainsi, la nature indésirée d'une grossesse manifeste moins le non-désir que le contexte illégitime dans lequel on la contracte, conclut l'auteure. Autrement dit, une grossesse

⁷³ Relations sexuelles hors mariage.

contractée dans une union régulière est à priori normale dans la région ouest-africaine même si les conjoints ne s'y attendent pas. Seule la volonté de l'interrompre constitue un acte socialement blâmé et honteux. De plus, les grossesses dites indésirées en Occident sont appelées des *grossesses surprises* dans les couples béninois mariés. Face à celles-ci, le réflexe porte davantage vers la poursuite et l'accouchement qu'à l'avortement. La vie de couple aidant, les femmes recourent plutôt à leurs perceptions de l'avortement pour justifier la poursuite de la grossesse comme l'on peut s'en rendre compte dans l'extrait suivant :

Je ne veux plus du tout d'enfant mais si je tombe enceinte par mégarde je vais accoucher obligatoirement parce que je ne dois pas avorter. Ma religion a interdit les avortements [Rachida, 37 ans, couturière et mère de 6 enfants].

Cette déclaration renvoie à un autre élément qui contextualise la mauvaise représentation sociale de l'avortement au Bénin. En effet, les croyances et pratiques culturelles endogènes mettent en avant une sociologie atypique de l'avortement dont s'approprie une bonne partie de l'opinion nationale. De prime abord, notons que le Vodoun est le plus célèbre patrimoine culturel du Bénin. Le pays compte des millions de *vodouisants* adorant une constellation de divinités dont l'esprit *Tohossou*, la divinité dite des eaux⁷⁴. À en croire aux initiés, l'esprit des enfants tués dans les avortements s'incarne dans la divinité *Tohossou* aux fins de tourmenter les parents avorteurs. En termes précis, l'esprit *Tohossou* soumettrait les parents avorteurs à une série de malheurs dont la perte d'emploi et d'autres biens importants, le divorce, les accidents de la voie publique etc. s'ils ne sont pas complètement ruinés. Ainsi, le retour probable à la paix chez les contrevenants est subordonné à la révélation de l'inconduite par le *Fâ*⁷⁵ assortie des rites expiatoires conséquents et d'un culte permanent à la divinité

⁷⁴ Brève description de la divinité <https://reporterbeninmonde.com/benin-la-lumiere-sur-vodoun-tohossou-energie-aquatique/>, consulté en décembre 2021.

⁷⁵ Géomancie africaine originaire du Nigéria et pratiquée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest http://www.universitepopulairemeroeafrica.org/IMG/pdf/le_fa_hounwanou_remy_t.fa.pdf, consulté en décembre 2019.

offensée par la pratique abortive. De plus, cette légende est renforcée et amplifiée par les interdictions du *tofâ*⁷⁶ depuis plusieurs années.. Par exemple, aux dires des prêtres du *tofâ* 2022 comme c'est le cas depuis plus d'une décennie, les avortements sont encore au cœur des interdictions⁷⁷ malgré la révision controversée de la loi sur la santé sexuelle et reproductive qui élargit à partir de l'année 2021, les conditions d'accès à l'avortements sécurisé⁷⁸. Ces discours apparemment anodins sont très médiatisés et s'enracinent profondément dans les consciences collectives. Les récits suivants où les répondants opinent sur l'avortement et ses implications en donnent la preuve :

L'enfant avorté peut revenir sous forme de l'esprit Tohossou et détruit ta vie complètement. Je connais personnellement un cas dans ma maison. La personne ne réussit rien dans sa vie et toutes les consultations indiquent qu'elle avait avorté un enfant qui s'est réincarné pour troubler sa vie. Avec tous ces risques, il vaut mieux garder la grossesse [Assiba, 28 ans, revendeuse et mère de 6 enfants].

[...] si tu n'as jamais accouché et que Dieu te donne une grossesse pour mettre au monde un enfant et que tu avortes, tu pourrais avoir des sérieux problèmes dans ta vie. Et dès que tu consultes l'oracle, les divinités vont te révéler que c'est à cause de l'avortement que tu as fait... Si tu vas à l'Église, Dieu va te punir et c'est dans la prière que les gens vont te révéler que c'est une punition divine en raison de l'avortement que tu as fait. C'est pour cela que c'est grave d'avorter [Vihoutou, 32 ans, couturière et mère de 5 enfants].

De ce qui précède, il ressort que les femmes mariées pratiquent très peu la contraception médicale en raison de ses effets délétères. En conséquence, des grossesses dites surprises surviennent sans qu'il soit possible de les interrompre à cause des conséquences perçues sur les plans sanitaire et spirituel. Ce résultat issu de l'effet conjugué

⁷⁶ Consultation du Fâ pour le compte du Bénin assortie des prédictions au plan social, politique et économique, des interdictions et des cérémonies à réaliser pour conjurer les mauvais sorts le cas échéant.

⁷⁷ Article de presse évoquant la mise ne garde contre l'avortement au Bénin au cours de l'année 2022 <https://www.beninintelligent.com/tofa-2022-des-rivalites-autour-de-postes-de-responsabilite-annoncees-les-avortements-deconseilles/>, consulté en décembre 2021

⁷⁸ Article de presse sur la loi autorisant l'avortement au Bénin, <https://www.bbc.com/afrique/58975006>, consulté en décembre 2021.

des représentations négatives de la contraception médicale et de l'avortement pourrait aussi jouer un rôle dans l'entretien de la fécondité élevée au Bénin. Aussi, nous importe-t-il d'évoquer l'influence du genre sur la négociation de l'usage contraceptif dans le couple béninois marié en raison de l'éclairage qu'il pourrait apporter à la compréhension du phénomène étudié.

5.3 Le rôle du genre et des rapports sociaux de sexe dans la négociation de l'usage contraceptif au sein du couple marié et son influence sur le comportement reproductif au Bénin

Rappelons d'abord que les conjoints béninois ne discutent pratiquement pas de l'usage contraceptif entre eux (INSAE, 2012). Or à l'instar des travaux de Irani et Coll (2014), plusieurs études montrent que les femmes des pays en développement pratiquent mieux la contraception médicale si elles en discutent avec leurs conjoints. D'ailleurs, les chercheurs concluent que la discussion de l'usage contraceptif en couple est le principal déterminant de l'utilisation des contraceptifs chez les femmes dans les pays concernés. Autrement dit, le succès des programmes de planification familiale de ces pays dépend essentiellement de la négociation de la contraception médicale dans le couple marié. Cependant, il n'y a aucune étude sur les facteurs influençant la négociation conjugale de la pratique contraceptive dans les pays en développement. C'est pour cette raison que la mise en évidence de ces éléments constitue, entre autres, un objectif de cette thèse. À ce propos, nos travaux montrent que la négociation de l'usage contraceptif dans le couple béninois marié est influencée par un ensemble de facteurs. Plus précisément, nous avons identifié des facteurs incitant à la discussion de la pratique entre conjoints; d'autres qui la compromettent et un élément qui y joue un rôle mitigé. De plus, certains facteurs trahissent des inégalités de genre susceptibles d'influencer les comportements et résultats de fécondité.

Notons dans un premier temps qu'aux dires des répondants; l'initiative de la négociation de l'usage contraceptif dans le couple marié est du ressort des femmes en raison de leur lien avec la maternité. Ce rapport des répondants à la négociation conjugale de la contraception assumé par les femmes que nous avons enquêtées est autant séduisant que faussement féministe. En effet, lorsqu'on y voit de près, la posture selon laquelle les femmes ont l'obligation de l'initiative du débat sur l'usage contraceptif dans le couple conforte, à nos yeux, les inégalités de genre dans ce domaine car cette vision structure davantage le déséquilibre dans le partage des responsabilités contraceptives dans le couple. Et ce, parce que les répondants de sexe masculin renvoient les femmes à la responsabilité contraceptive tandis qu'ils sont co-bénéficiaire de l'acte sexuel. Des travaux réalisés ailleurs semblent corroborer cette analyse. Par exemple, une étude menée en France par Charton et Lévy (2011) met en lumière que des femmes sont contraintes de se stériliser afin de se rendre sexuellement disponibles pour leurs partenaires masculins. Cette attitude coïto-centrée a été aussi décrite par Zeno (2013) chez des hommes qui font porter le fardeau de la contraception à leurs conjointes.

Dans le contexte béninois, le fait de laisser l'initiative du débat conjugal en matière contraceptive aux femmes qui, par ailleurs, n'ont pas le pouvoir de décision en matière de fécondité constitue en soi un vrai handicap pour la négociation de la pratique dans le couple. Néanmoins, certaines femmes ont initié ce débat avec leurs conjoints pour arrêter de se reproduire. L'usure du corps féminin pour fait de multiples expériences obstétricales, les problèmes de ressources du ménage et l'attitude favorable du conjoint vis-à-vis de la contraception sont les moteurs de cette initiative chez les femmes qui en ont l'expérience. Celles-ci déclarent que les problèmes financiers de leurs conjoints est le principal motif d'ouverture du débat sur la pratique contraceptive dans leurs couples. Parce que les hommes qui défont à leur devoir de pourvoir aux besoins de la famille laissent à leurs conjointes,

l'opportunité d'ouvrir la discussion sur la limitation des naissances et les moyens d'y arriver comme le montrent les propos suivants :

C'est moi qui avais introduit le débat en présentant la gravité de la situation concernant le nombre d'enfants de mon mari... ma coépouse et moi avions déjà huit enfants. C'était trop pour les moyens de mon mari... Je lui conseillais de nous faire la contraception pour pouvoir travailler et l'aider à entretenir les enfants mais ma coépouse s'était opposée à mon idée et souhaitait faire tous les enfants que Dieu lui donne... Mon mari avait pris des conseils chez ses amis qui lui déconseillaient la contraception. Sans le consulter, j'étais allée faire ma contraception en cachette [Kohoué, 47 ans, restauratrice et mère de 4 enfants.]

Dans cette intervention, l'usage contraceptif est négocié pour répondre à la défaillance ou à tout le moins au flétrissement de la fonction paternelle. En d'autres mots, cette femme pourrait continuer de se reproduire sans véritablement le désirer tant que son époux demeure capable de financer le ménage. D'ailleurs, cette tâche est la sienne. La division sexuelle des rôles parentaux lui confère les fonctions de maternité et de *care* dans le foyer. Y revendiquer la contraception sans un motif sérieux comme le flétrissement du rôle paternel constitue un renoncement à son propre rôle social. Le pouvoir décisionnel des hommes dans le domaine de la fécondité renforcé par leur statut de pourvoyeur des moyens d'entretien des enfants oblige les femmes béninoises mariées à requérir leur consentement avant de recourir à la contraception. Ainsi, il serait difficile pour une femme béninoise mariée d'utiliser librement la contraception si son conjoint en est réfractaire. En termes clairs, la division genrée des rôles parentaux n'est pas une grande alliée de la contraception dans le couple béninois marié. Et cela conduirait à la fécondité élevée surtout dans le contexte béninois où l'avortement continue de nourrir des inquiétudes.

D'autre part, les répondants surtout les femmes qui ne négocient pas la contraception dans leurs couples ont évoqué des motifs tels que leur propre timidité et le désintéret de l'époux pour la pratique. Ces obstacles à la négociation conjugale de la pratique rappellent aussi l'inégalité des époux dans la prise de décision en matière repro-

ductive. D'autre part, l'atteinte du but reproductif ou non est aussi citée par les répondants comme un déterminant majeur de la négociation conjugale de la contraception. Pour rappel, le but reproductif renvoie au nombre et à la qualité (sexe) des enfants désirés par chaque membre du couple. Ce facteur joue un rôle ambivalent dans la négociation contraceptive. Il peut inciter à la négociation de la pratique ou en constituer un obstacle dans la mesure où le membre du couple ayant atteint son but reproductif est plus ouvert au débat sur la limitation des naissances. Par exemple, nos constats sur la représentation sexuée de l'utilité sociale de l'enfant laissent penser que le répondant Kohoué n'aurait jamais entrepris la négociation de la contraception dans son foyer si ses quatre enfants étaient tous de même sexe. Les pressions sociales légitimées par les représentations des enfants de sexe masculin et féminin l'obligeraient de poursuivre la reproduction malgré les problèmes de ressources de son foyer. Ainsi, l'atteinte des objectifs reproductifs ou non influence la discussion de la contraception entre conjoints et probablement au-delà les résultats de fécondité.

En résumé, cette étude a permis de mettre en évidence les facteurs influençant la discussion conjugale de l'usage contraceptif chez les répondants, d'une part; et de montrer en quoi ces facteurs affectés par des enjeux de genre aident à la compréhension de la fécondité élevée au Bénin, d'autre part. Soulignons, par ailleurs, que nos résultats complètent les données de Musalia (2003) et Klomegah (2006) qui démontrent que des facteurs extra-conjugaux dont la religion, le lieu de résidence et l'étendue du réseau social influencent la communication autour de la contraception entre conjoints. Une communication jugée essentielle pour renforcer l'usage contraceptif chez les femmes dans les pays du Sud. Cependant, certaines femmes que nous avons enquêtées ont recouru à la contraception à l'insu de leurs conjoints. Ce sont les déclarations spontanées des femmes concernées qui nous ont permis de découvrir l'existence de cette pratique qui est confirmée par les dernières enquêtes démographiques et de santé. D'après les auteurs, au moment de l'étude, 46% des utilisatrices de la contraception ont pris seules la décision de recourir à la pratique.

Cette observation est surprenante au Bénin où les femmes mariées n'ont pas le pouvoir de décision en matière de fécondité. Il s'agit probablement des utilisatrices clandestines de la contraception médicale. De plus, ces données montrent l'ampleur de ce phénomène, d'une part; et relativise l'importance de la discussion conjugale dans la pratique dans les pays en développement, d'autre part. D'où l'intérêt de questionner la pratique clandestine de la contraception au Bénin afin d'en saisir la portée, les ressorts, et surtout l'efficacité.

5.4 Les limites de la recherche et les pistes pour de futures recherches

Cette étude présente des limites qu'il importe de signaler avant d'évoquer les perspectives de recherches qu'elles manifestent. Ces limites concernent les choix méthodologiques et la transférabilité des constats de recherche. D'abord, disons que la population d'étude est majoritairement d'une seule ethnie même s'il s'agit de l'ethnie majoritaire du pays et que le choix des participants ait été réalisé sur des sites situés au Sud et au Nord du pays. Aussi, le Bénin est-il constitué de plusieurs aires culturelles⁷⁹. Or d'après Moscovici (1961), les individus et les groupes mobilisent leurs valeurs et leurs idéologies dans les processus de formation des représentations sociales. Pour cela, on pourrait penser que les représentations sociales identifiées dans cette recherche sont celles de l'aire culturelle la plus représentée dans l'échantillon. Ce qui pose le problème de transférabilité des résultats à l'échelle du pays. Pour avoir une bonne synthèse des représentations sociales de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement en vue d'implanter une politique de limitation des naissances conséquente au niveau national, il importe d'élargir la recherche aux aires culturelles qui y sont moins ou pas du tout représentées.

⁷⁹ Aire culturelle : cette expression désigne un ensemble géographique à l'intérieur duquel on trouve l'association de plusieurs traits culturels et matériels communs. L'aire peut être étendue à plusieurs pays, sociétés ou peuples différents, <https://junior.universalis.fr/encyclopedie/aire-culturelle/>.

Ensuite, notons que le repérage des opinions centrales aux représentations sociales procède entre autres à l'analyse de cooccurrences. Celle-ci permet d'examiner les relations entre éléments du discours. Néanmoins, même si l'existence de plusieurs éléments dans un même contexte de discours suppose un lien entre ces derniers, il est difficile d'interpréter la nature desdites relations car une forte association de mots peut cacher une dissociation dans la réalité (Negura, 2006). Pour cette raison, l'auteur rappelle que les mots s'associent par contraste ou par similarité dans un discours. Aussi, avertit-il que les associations lexicales cachent souvent des explications plus complexes dans le discours. Toutefois, l'analyse de contenu peut permettre de cerner la nature des relations entre les éléments du discours et de confirmer l'hypothèse d'existence de telles relations. Cet aspect est pris en compte dans l'interprétation des observations faites au cours de l'analyse des données.

Enfin, l'usage clandestin de la contraception médicale par les femmes mariées offre des opportunités de recherche au Bénin. Les futures recherches pourraient s'intéresser aux profils des utilisatrices clandestines et aux méthodes qu'elles utilisent. Aussi, peut-on étudier les stratégies que les femmes mariées déploient pour concrétiser la pratique clandestine de la contraception, son efficacité et ses impacts sur leur vie conjugale. Une autre perspective de recherche serait d'explorer chez les femmes, les modalités de gestion des effets secondaires et les perceptions du rôle des agents de santé dans l'accompagnement dans ce type d'usage contraceptif.

CONCLUSION

D'abord, cette thèse nous a permis de constater que les personnes enquêtées ont essentiellement une mauvaise perception de la planification familiale. Elles définissent la contraception médicale par ses effets nuisibles et perçoivent l'avortement comme une inconduite délétère et potentiellement létale. Aussi, estiment-elles que la négociation de l'usage de la contraception médicale dans le couple marié soit motivée par les enjeux de la pratique pour les conjoints, les problèmes de ressources du ménage, l'usure du corps maternel due aux multiples expériences obstétricales et l'attitude positive du partenaire masculin à l'égard de la contraception. En revanche, elles déclarent que cette discussion est compromise par le désintérêt de l'un des conjoints pour la pratique et la timidité de la femme dans les dynamiques conjugales. Mentionnons que le but ou les préférences reproductives c'est-à-dire le nombre et la qualité (sexe) des enfants visés par chaque membre du couple sont également mis en avant dans le matériel discursif comme étant un facteur influençant la négociation de l'usage contraceptif dans le couple marié. À ce déterminant, l'on attribue dans le discours un rôle ambivalent parce qu'il constitue selon le cas, une incitation ou un obstacle à ladite discussion.

D'autre part, il faut noter que cette étude révèle qu'unaniment les femmes et les hommes s'accordent à déclarer que c'est la femme qui doit être à l'initiative de la négociation de l'usage contraceptif dans le couple marié en raison de son rapport à la maternité et les risques sanitaires qui s'y associent. C'est une information cruciale pour les prestataires des services de planification familiale du Bénin où le pouvoir décisionnel en matière de fécondité appartient aux hommes qui sont de tièdes défenseurs de la contraception parce qu'ils désirent plus d'enfants que leurs épouses.

Étant donné que les femmes et les hommes rapportent dans cette étude qu'il est dans l'intérêt et la responsabilité des femmes d'initier le débat sur l'usage de la contraception médicale dans le couple marié; les prestataires de services de planification familiale notamment les infirmières, les sages-femmes et les agents de santé communautaires doivent soutenir les femmes qui souhaitent limiter ou espacer les naissances avec la contraception médicale. Pour ce faire, elles devraient les inciter à amorcer la discussion avec leurs conjoints car les hommes eux-mêmes reconnaissent qu'il est important que les femmes initient cette discussion dans le couple. Ce coaching s'appuierait sur les facteurs d'influence de la négociation de l'usage de la contraception médicale au sein du couple marié identifiés dans cette recherche et tiendrait compte de l'expérience de vie personnelle de chaque femme pour la servir au mieux de ses intérêts.

Ensuite, concernant les significations de l'enfant, les répondants le définissent comme un objet social de grande valeur et portent une représentation sociale différenciée selon le sexe de l'enfant. En réalité, les motifs du désir d'enfant de chaque sexe reposent directement sur ses fonctions sociales à l'endroit des géniteurs. Ainsi, les répondants ne manifestent pas de préférence particulière pour un sexe tel que certains auteurs ont pu s'apercevoir dans d'autres régions. D'après le discours recueilli, les répondants désirent le garçon pour garantir la perpétuité du patrimoine du clan sous toutes ses formes, la sécurité et la défense des parents âgés ; et la fille pour optimiser la chance d'être secouru dans les besoins vitaux pendant la vieillesse étant donné qu'au Bénin, les personnes âgées sont toujours en marge de l'agenda politique. Soulignons que cette représentation genrée des fonctions sociales de l'enfant oblige les couples à avoir une progéniture constituée d'enfants des deux sexes. D'ailleurs, certains couples ont dû se reproduire plus qu'ils n'en veulent pour satisfaire cette exigence des normes locales de la procréation. C'est dire qu'en plus du respect social que confère le statut de parent aux dires des personnes enquêtées, le fait d'avoir les enfants des deux sexes constitue pour elles, une stratégie de mitigation des risques

liés aux faiblesses de l'État en termes de couverture sociale des aînés⁸⁰ et de protection du patrimoine privé surtout des biens-fonds, un déterminant majeur des conflits sociaux dans le pays. Pour cela, l'explication économique tendant à présenter l'enfant comme un « bien » dont la demande tiendrait compte du rapport coûts/bénéfices ne traduit pas le comportement reproductif des répondants. Pour ceux-ci, les enjeux sociaux des enfants des deux sexes l'emportent sur toutes les autres considérations. D'ailleurs, malgré sa grande popularité dans le matériel discursif, le thème « dépenses » qui est une image prégnante de la symbolique de l'enfant n'est pas un élément central de sa représentation sociale chez les répondants. En d'autres mots, ces derniers sont conscients des coûts de l'enfant sans que cela n'influence véritablement leurs perceptions et résultats de fécondité.

En somme, la représentation sociale de l'enfant et la division sexuelle de ses fonctions utilitaires observées au Bénin incitent les couples mariés à avoir les enfants des deux sexes, d'une part; et à en faire davantage pour se garantir les privilèges sociaux liés au statut de parent, d'autre part. Et cette réalité entretient sans doute la fécondité élevée dans le pays. Ces observations de recherche apportent une information essentielle pour les pouvoirs publics et les intervenants en planification familiale du Bénin. Les données actuelles laissent croire qu'en renforçant le pouvoir décisionnel des femmes notamment à travers l'éducation et en favorisant la négociation de l'usage contraceptif au sein des couples mariés dans les pays de Sud, l'on réussirait à renforcer la pratique contraceptive et à réduire ultimement les naissances. Cependant, nos résultats de recherche suggèrent que cette approche de baisse de fécondité risque d'être inefficace au Bénin parce que la division sexuelle des rôles sociaux de l'enfant conduit aussi les femmes à désirer les filles et les garçons. Attitude conduisant souvent à la famille nombreuse. Dès lors, une politique

⁸⁰ Personnes âgées ou dites du troisième âge.

intelligente de baisse de fécondité au Bénin doit faiblir autant chez les femmes que les hommes mariés l'intérêt pour la qualité (sexe) des enfants. De manière concrète, une telle politique doit convaincre les couples mariés du coût d'opportunité élevé de l'enfant quel que soit son sexe. Ainsi, l'enfant ne serait plus le choix absolu pour le bonheur, la sécurité et la survie des parents jeunes ou vieux et deviendrait une option d'épanouissement parmi d'autres. Cette dépréciation de l'utilité socio-économique de l'enfant chez les femmes et les hommes en âge de procréer a joué, selon Ariès (1980), un rôle majeur dans le déclin de la fécondité en Europe. Et cela pourrait inspirer les politiques de baisse des naissances dans les pays pré-transitionnels où l'on se focalise plus sur la propagande contraceptive sans se soucier véritablement de l'importance de l'enfant dans la pensée sociale. Concernant la situation spécifique du Bénin, cette thèse suggère à l'État d'appuyer sa politique de contrôle des naissances sur le règlement des questions touchant à l'insécurité foncière, la protection sociale des personnes âgées et les célébrations funéraires ruineuses. À notre avis, ces éléments constituent les clés d'une politique pertinente de baisse de fécondité dans ce pays où la représentation de l'enfant et les réalités contextuelles inhérentes sont en faveur de la fécondité élevée.

Enfin, cette recherche montre aussi à travers les représentations sociales de l'enfant, les perceptions de la parentalité auprès des répondants. Dans ce registre, l'on constate que les fonctions parentales sont pensées de manière sexospécifique. Les répondants estiment qu'il y a une fonction paternelle distincte de la fonction maternelle. Dans le ménage, le père est pensé comme le parent devant pourvoir aux dépenses et y garantir l'ordre tandis que la mère devrait s'occuper des tâches soignantes et éducatives sans égard pour ses exigences professionnelles. Malgré cette division sexuelle des rôles parentaux, la cloison entre ceux-ci n'est pas tout à fait étanche. En cas de défaillance de la fonction paternelle, la mère qui en a les moyens supplée au père en pourvoyant aux moyens de subsistance du ménage. Toutefois, les répondants expliquent que ce geste maternel assurant la continuité des fonctions parentales est une dette que le père

défaillant doit rembourser à sa conjointe. Cela traduit une certaine complémentarité voire une solidarité dans l'exercice des fonctions parentales dans lesquelles chaque acteur est solidement établi et renvoyé en permanence à ses responsabilités spécifiques.

Aussi, faut-il noter que dans le discours des répondants, la division sexuelle des rôles parentaux n'est pas perçue sous une lentille genrée parce que le fait de définir le père comme le chef du foyer n'établit pas un rapport hiérarchique entre les responsabilités des parents. Les fonctions maternelles et paternelles sont perçues et décrites comme des rôles naturels et complémentaires. Ces perceptions des responsabilités parentales reposent probablement sur les représentations sociales de la femme et de l'homme au Bénin où la première est censée jouer un rôle domestique tandis que le second est considéré comme l'être de l'espace public (Agueh, 2000; Fourn, 2011; Houéto, 1975).

En bref, la division sexuelle des fonctions parentales telle que perçue et/ou vécue par les répondants révèle un problème de genre et d'inégalité entre les sexes surtout dans le contexte béninois où l'État investit dans les politiques d'autonomisation des femmes. Le Bénin a un taux de fécondité relativement élevé. Dès lors, l'affectation de l'essentiel des tâches domestiques aux parents de sexe féminin réduit considérablement leur temps d'activités rémunérées. Et cela compromet le processus d'autonomisation des femmes. De plus, les femmes sont théoriquement exemptées des dépenses du ménage dans les représentations des rôles parentaux. Dispenser les femmes des dépenses du foyer parce qu'elles s'occupent des tâches domestiques laisse croire que leur travail rémunéré n'a de sens que s'il conforte les ressources du ménage. Cela n'est pas tout à fait juste parce qu'elles peuvent travailler pour autre chose que de financer des dépenses relatives à l'entretien des enfants. Par conséquent, l'État béninois doit intégrer la problématique des fonctions parentales surtout la dimension relative au rapport des mères aux tâches domestiques dans sa politique d'autonomisation des femmes. Néanmoins, des travaux de recherches

complémentaires sont requis pour évaluer en profondeur la réalité de l'exercice des rôles parentaux et les enjeux sous-jacents notamment l'impact de la fonction maternelle sur l'autonomisation des Béninoises. Ces éléments permettront aux pouvoirs publics de soutenir utilement la parentalité dont les enjeux sociaux sont énormes tant pour les enfants, les parents que l'État.

ANNEXE I

CARTE DU BENIN



Sources :<https://web.archive.org/web/20150315001937/>
<http://statistiques-mondiales.com/benin.htm>

ANNEXE II

AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNÉES
DÉLIVRÉE PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ



REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTRE DE LA SANTE

BP 01-1832
BENIN
Tél. +229 21 33 2178/ 21 33 21
03
info@sante.gouv.bj
www.sante.gouv.bj

N° 0116 /MSA/D/SOM/DES/SPS/SA/SA

Cotonou, le 10 9 FEV 2018

LE MINISTRE

Aux

DDS Alibori
DDS Atlantique
DDS Zou
PRESIDENTS/COORDONNATEURS
DES ONG PF

Objet : Lettre d'autorisation de collecte des données.

Dans le cadre des travaux de recherche pour sa soutenance de thèse sur le thème : « Rapport des couples mariés à la contraception : cas du Bénin », Monsieur Aymard AGUESSIVONON procédera à une collecte d'informations et de données auprès des structures dont les activités présentent un intérêt pour la mission.

En conséquence, le Ministre de la Santé invite toutes les personnes qui seront sollicitées dans le cadre de cette mission à répondre aux questions et préoccupations de Monsieur Aymard AGUESSIVONON en vue de lui faciliter la collecte et l'accès aux informations.

Le Ministre de la Santé compte sur votre compréhension, votre accueil et surtout l'intérêt que vous portez pour la promotion de la Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes et vous remercie par avance pour votre disponibilité.



Pour le Ministre et par délégation,

Dr Lucien TOKO

Le Directeur de Cabinet

ANNEXE III

CERTIFICAT DE FORMATION EN ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
AVEC LES ÊTRES HUMAINS (ÉNONCÉ DE POLITIQUE DES
TROIS CONSEILS DE L'ASSISTANTE DE RECHERCHE)

Groupe en éthique
de la recherche
Piloter l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER

Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Eunice Amoussou

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

9 janvier, 2018

ANNEXE IV
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À
LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Titre : Fécondité élevée au Bénin : comprendre le phénomène à partir du regard des personnes mariées sur l'enfant et la planification familiale

Étudiant-chercheur

Prénoms et Nom : Togla Aymard AGUESSIVOGNON

Programme d'étude : Doctorat interdisciplinaire en santé et société

Courriel : aguessivognon.togla_aymard@courrier.uqam.ca

Téléphone : 514 466 7207

Direction de recherche

➤ Directrice

Prénom et Nom : Audrey GONIN

Affiliation départementale : École de travail social, Université du Québec à Montréal, Québec

Courriel : gonin.audrey@uqam.ca

Téléphone : 514 987-3000, poste : 1563

➤ Codirectrice

Prénom et Nom : Laurence Charton

Affiliation départementale : Centre Urbanisation Culture Société, Institut National de la Recherche Scientifique, Québec

Courriel : Charton_Laurence@ucs.inrs.ca

Téléphone : 514 499-4065

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique de compléter un questionnaire et de vous entretenir sur votre perception de l'enfant, de la

contraception médicale et de l'avortement, les rôles des parents auprès des enfants ainsi que les motifs de la négociation de l'usage ou non de la contraception dans votre couple. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Ce projet de recherche s'intéresse à l'enfant et à la planification familiale chez les personnes mariées selon la coutume, la religion et/ou à l'état civil. Nous cherchons à comprendre les rôles que les parents jouent dans l'éducation et l'entretien des enfants, le sens que vous donnez à l'enfant, à la contraception médicale et à l'avortement et en quoi cela facilite ou nuit à la négociation de l'usage contraceptif dans votre couple.

Ce projet de recherche vise trois objectifs.

Objectifs de la recherche

1. Décrire les perceptions des femmes et des hommes mariés à l'égard de l'enfant, de la contraception médicale et de l'avortement,
2. Mettre en évidence votre perception des rôles des parents auprès des enfants,
3. Identifier ce qui favorise et nuit à la négociation de l'usage de la contraception dans le couple marié

Nature et durée de votre participation

Votre participation au projet consiste dans un premier temps à remplir un questionnaire portant sur des informations personnelles telles que l'âge, le sexe, la profession etc..., vos connaissances et pratiques en matière de contraception. Cette tâche prendra environ 15 minutes. L'enquêteur ou l'enquêtrice peuvent vous aider à remplir le questionnaire au besoin. Ensuite, vous accorderez un entretien individuel d'une durée de 1h15 autour des thèmes suivants :

- a. Vos perceptions de l'enfant.
- b. Vos perceptions des rôles des parents auprès des enfants.
- c. Votre histoire avec la contraception et les perceptions que vous en avez.
- d. Votre perception de l'avortement.
- e. La discussion de la contraception dans votre couple.

Le lieu et la date de l'entretien seront choisis selon vos préférences. Avec votre permission, cet entretien sera enregistré sur un support audio.

Avantages liés à la participation

Personnellement, vous ne tirerez pas un avantage direct de votre participation à cette recherche. Toutefois, le partage de vos expériences ou de vos vécus en lien avec l'utilisation ou la non-utilisation de la contraception contribuera à l'avancement des connaissances sur ce sujet important de notre société.

Risques liés à la participation

La décision de participer à cette recherche est libre et individuelle. Cependant, compte de rôle important que jouent les hommes dans la famille béninoise, il se pourrait que certaines femmes qui souhaitent participer à l'étude contraignent leurs maris. Cette situation peut être responsable de conflit dans le couple. C'est pour pallier cette situation que ce document est conçu pour expliquer à tout le monde que chaque personne qui participe à cette recherche doit le faire sans aucune pression et de manière totalement confidentielle. Le mari ou la femme qui ne participent pas à la recherche ne seront pas informés de la participation de sa femme ou de son mari. C'est une seule personne mariée qui sera sélectionnée par couple.

Confidentialité

Toutes les informations que vous fournirez dans le cadre de votre participation à l'étude resteront confidentielles. La personne responsable de cette recherche et sa direction de recherche seront les seuls à accéder aux données. Les supports papiers contenant vos données tels que le questionnaire, le formulaire de consentement seront numérisés et entreposés de façon sécuritaire dans un dossier sur mon ordinateur dont

l'accès sera toujours protégé par un mot de passe. Les enregistrements audios des entretiens seront stockés séparément dans un autre fichier sur mon ordinateur. Pendant le traitement et l'analyse des données, pour protéger votre identité, vous serez désigné par un pseudonyme connu seulement du responsable de la recherche. Aucune information ne sera jamais diffusée de manière à pouvoir vous identifier. Les supports papiers et les enregistrements audio contenant vos données seront détruits 10 ans après la fin de la recherche.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Aymard AGUESSIVOGNON verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue pour la participation à cette recherche.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Audrey GONIN, gonin.audrey@uqam.ca, Tél : 514 987 3000, poste : 1563 ou Togla Aymard AGUESSIVOGNON, aguessivognon.togla_aymard@courrier.uqam.ca, Tél : 514 466 7207 ou 95150583.

Des questions sur vos droits ?

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au point de vue de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE :
Courriel : cerpe.fsh@uqam.ca

Personne ressource : Julie Sergent

Tél : (514) 987-3000 poste : 3642

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction. Aussi, ai-je donné mon accord pour que mes données gardées en toute confidentialité soient conservées pendant une période de dix ans à compter de la date de fin du projet de recherche. Je pourrais être recontacté (e) éventuellement dans le cadre d'autres études sur la problématique de la contraception.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) Togla Aymard AGUESSIVOGNON, certifie : (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire ; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus ; (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Togla Aymard AGUESIVOGNON

Prénom Nom

Signature

Date

[Personnes mineures ou incapables à consentir]

Dans le cas de personnes mineures ou incapables à consentir, le formulaire doit aussi contenir les éléments suivants :

- *Le droit de retrait de la personne mineure ou incapable à consentir en tout temps sans justification et sans pénalité d'aucune forme et ce même après avoir obtenu le consentement du tiers autorisé ;*
- *Le droit, pour le tiers autorisé, de retirer la personne mineure ou incapable à consentir en tout temps sans justification et sans pénalité d'aucune forme ;*
- *L'identification de la personne mineure ou incapable à consentir et, dans la mesure du possible, sa signature ;*
- *L'identification et la signature du tiers autorisé (parent, tuteur, etc.), de même que la confirmation que ce tiers a discuté du projet de recherche avec la personne mineure ou incapable à consentir et que cette dernière accepte d'y participer volontairement.]*

ANNEXE V

QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Questionnaire à remplir par le ou la participant.e.s. s ou à lui (elle) administrer

Avis important : Prenez note que vos réponses resteront strictement confidentielles !

1. Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

2. Lieu de résidence

a. Nom de la ville ou du village : (Préciser le nom)

b. Nom du quartier de ville ou de village : (Préciser le nom)

3. Confession religieuse

Cocher une seule réponse parmi les suivantes

a. Christianisme

b. Islam

c. Religion traditionnelle

d. Athéisme

e. Autre (préciser la religion)

4. Quel travail/emploi faites-vous dans la vie ?

.....

5. Quel est le travail/emploi de votre conjoint (e).....

6. Quel est votre niveau d'études ?

Cocher une seule réponse parmi les suivantes :

- a. Sans instruction
- b. Primaire
- c. Secondaire
- d. Supérieur (Université ou autre...)

7. Quel est le niveau d'études de votre conjoint (e)

Cocher une seule réponse parmi les suivantes :

- e. Sans instruction
- f. Primaire
- g. Secondaire
- h. Supérieur (Université ou autre...)

8. Quel âge avez-vous ?..... (Préciser l'âge)

9. Quel est l'âge de votre conjoint (e)..... (Préciser l'âge)

10. Depuis combien de temps vivez-vous en couple avec votre conjoint ?.....
(Préciser l'année)

11. Dans quel type d'union vivez-vous ? *Cocher une réponse* 1. Union monogame 2. Union polygame

12. Avant votre mariage, souhaitiez-vous avoir d'enfant(s) dans votre vie ?.....
1. Oui 2. Non

13. Combien d'enfants souhaitez-vous avoir ?..... (Préciser le nombre)

Préciser le nombre d'enfants de chaque sexe que vous souhaitez.

- a. Nombre de filles : (Préciser le nombre)
- b. Nombre de garçons : (Préciser le nombre)
- c. Des enfants selon la providence (volonté divine)

14. Combien d'enfants avez-vous présentement ? (préciser le nombre)

Préciser le nombre d'enfants de chaque sexe que vous avez.

- a. Nombre de filles : (Préciser le nombre)
- b. Nombre de garçons : (Préciser le nombre)

15. À quel âge avez-vous eu votre premier enfant ?.....

16. Êtes-vous enceinte ou votre conjointe est-elle enceinte ?...

Cocher une réponse 1. Oui 2. Non

Si oui, la grossesse actuelle a-t-elle été souhaitée ?..... 1. Oui 2. Non

Si non, est-ce que la dernière grossesse a-t-elle été souhaitée ?.....

1. Oui 2. Non

ANNEXE VI

GUIDE D'ENTRETIEN

Thème 1 : Désir d'enfant et vie familiale

1. Vous dites qu'avant votre mariage, vous souhaitiez avoir (ou de ne pas avoir) d'enfant (s), pourriez-vous me dire pourquoi ce souhait ?
2. Vous dites aussi qu'avant votre mariage, vous souhaitiez avoir (ou de ne pas avoir) un ou des enfant (s) de sexe masculin. Pourriez-vous me dire pourquoi aviez-vous eu ce souhait ?
3. Vous dites aussi qu'avant votre mariage, vous souhaitiez avoir (ou de ne pas avoir) un ou des enfant (s) de sexe féminin. Pourriez-vous me dire pourquoi aviez-vous eu ce souhait ?
4. Actuellement, vous aviez plus (ou moins) d'enfants que vous souhaitiez avant le mariage, pourriez-vous me dire pourquoi ?
5. Souhaiteriez-vous avoir un autre enfant ?..... 1. *Oui* 2. *Non*
Si oui, pourquoi ?
Si non, pourquoi ?
6. Selon vous dans un ménage, qui doit s'occuper de l'entretien des enfants en ce qui concerne les dépenses, l'éducation sociale et les autres soins et pourquoi ?
7. Selon vous, quel(s) rôle(s) doit jouer le père dans l'entretien et l'éducation des enfants et pourquoi ?
8. Selon vous, quel(s) rôle(s) doit jouer la mère dans l'entretien et l'éducation des enfants et pourquoi ?

9. Quel rôle jouez-vous concrètement dans l'éducation et l'entretien de vos enfants et pourquoi ?

10. Êtes-vous satisfait(e) du rôle que vous jouez dans l'éducation ou l'entretien de vos enfants ?..... 1. Oui 2. Non

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Thème 2 : Connaissances et pratiques en matière de planification familiale

11. Que pensez-vous de la contraception médicale ou de l'utilisation des contraceptifs médicaux ?

12. Avez-vous déjà cherché à éviter une grossesse ?.....1. Oui 2. Non

Si oui :

➤ *Pouvez-vous me parler des raisons qui vous conduisaient à vouloir éviter une grossesse ?*

➤ *Quels sont le ou les moyens que vous ou votre partenaire avez utilisés pour éviter une grossesse ?*

Si non, pourquoi n'avez-vous jamais cherché à éviter une grossesse ?

13. Qu'auriez-vous fait en cas de grossesse non désirée et pourquoi ?

14. Que pensez-vous de l'avortement et pourquoi ?

15. Quels sont les moyens pour éviter une grossesse que vous connaissez ?.....

Cocher les moyens cités

- *Pilules*
- *Préservatif*
- *Injectables*
- *Dispositif intra-utérin*
- *Implants*
- *Coït interrompu*
- *Autres* (Préciser)

16. Vous venez de citer quelques moyens pour éviter une grossesse, pourriez-vous me dire ce que vous pensez de chacun de ces moyens ?

Rappeler au répondant chaque moyen qu'il ou elle a cité pour l'inciter en parler.

17. Seriez-vous disposé(e) à utiliser un ou plusieurs de ces moyens pour éviter une grossesse ? 1. *Oui* 2. *Non*

Si oui, lequel ou lesquels pourriez-vous utiliser et pourquoi ? Quels sont les avantages et leurs inconvénients, selon vous ?

Si non, quel (s) moyen (s) ne souhaiteriez-vous pas utiliser et pourquoi ?

18. Comment êtes-vous informé (e) de ces méthodes contraceptives ?.....

Cocher une ou plusieurs réponses

- a. *Radio*.....
- b. *Télévision*.....
- c. *Ami(es)/parents*.....
- d. *Agents de santé*.....
- e. *Autres*.....

19. La radio ou la télévision passent souvent des messages pour demander aux couples de faire moins d'enfants, que pensez-vous de ces campagnes de limitation des naissances et pourquoi ?

Thème : Discussion conjugale en matière de contraception médicale

20. Avez-vous déjà discuté de la contraception avec autrui ?..... 1. *Oui* 2. *Non*

Si oui, avec qui en avez-vous parlé et pourquoi ?

Si non, pourquoi ne discutez-vous pas de la contraception avec d'autres personnes ?

21. Avez-vous déjà discuté de la contraception avec votre conjoint (e).... *Oui* *Non*

Si oui pourquoi et comment en êtes-vous arrivés à cette discussion ? Comment cette discussion s'est-elle passée ? Êtes-vous satisfait(e) de l'issue des discussions que vous avez concernant le fait d'espacer ou d'éviter des grossesses ?

Si non pourquoi ?

22. Selon vous, qui peut initier la discussion sur la contraception dans un couple et pourquoi ?

23. Avez-vous d'autres choses à dire sur la contraception que nous n'avons pas abordé dans cet entretien ?

ANNEXE VII

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ
D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LES PROJETS ÉTUDIANTS
IMPLIQUANT DES ÊTRES HUMAINS DE LA FACULTÉ DES SCIENCES
HUMAINES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

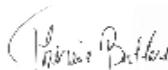
Titre du projet:	Rapport des couples mariés à la contraception : Cas du Bénin
Nom de l'étudiant:	Togla Aymard AGUESSIVOGNON
Programme d'études:	Doctorat interdisciplinaire en santé et société
Direction de recherche:	Audrey GONIN
Codirection:	Laurence CHARTON

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

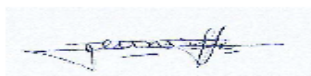
ANNEXE VIII

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ DE
L'ASSISTANTE DE RECHERCHE QUI S'ENTRETENAIT
AVEC LES RÉPONDANTS DE SEXE FÉMININ

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ À L'INTENTION DE L'ASSISTANTE DE
RECHERCHE QUI FAIT L'ENTREVUE AVEC LES FEMMES

Je, m'engage par la présente à respecter la confidentialité des données auxquelles j'aurais accès dans le cadre de ma participation au projet de recherche doctoral intitulé « Rapport des couples mariés à la contraception : cas du Bénin », dont Togla Aymard Aguessivognon a la responsabilité. En particulier, je m'engage à maintenir l'anonymat des personnes ayant participé à la recherche, et à ne jamais divulguer le contenu des entretiens.

Fait à Cotonou, le 20/01/2018



Audrey Sémévo Eunice Amoussou

REFERENCES

- Abidemi, A. R. (2007). Masculinité et partage des rôles au sein du ménage à Ibadan, Nigeria Dans T. Locoh (dir.), *Genre et sociétés en Afrique : implications pour le développement* (261-278). INED.
- Abric, J.C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. ERES.
- Abric, J.C. (1994a). Représentations sociales : Aspects théoriques.
Dans J.C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (11-36).
Presses universitaires de France.
- Abric, J.C. (1994b). Pratiques sociales, représentations sociales.
Dans J.C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (217-238).
Presses universitaires de France.
- Abric, J.C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales.
Dans D . Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (187-219).
Presses universitaires de France.
- Abric, J.C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Delval.
- Abric, J.C. (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*.
[Thèse de doctorat, Université de Provence]
- Adjahoto, E.O., Hodonou, K. S Agba, S, Akpadza, K et Baeta, S. (1999).
Contraception et avortement provoqué en milieu africain.
Médecine d'Afrique noire, 46(8/9), 417-420.
- Adjamagbo, A., Gastineau, B et Kpadonou, N. (2016). Travail-famille :
un défi pour les Femmes à Cotonou. *Recherches féministes*, 29 (2),17-
41. <https://doi.org/10.7202/1038719ar>.
- Adjamagbo, A., Antoine, P., Toudéka, M.R, et Kpadonou, N. (2014). *Mise en couple et devenir des unions : comparaison de deux capitales ouest-africaines, Cotonou et Lomé*, Association internationale des démographes de langue française, XVIIIe Colloque international Trajectoires et âges de la vie, Bari (Italie), 26-29 mai.

- Adjamagbo, A., Koné, A, P et l'équipe ECAF (2013). Situations relationnelles et gestion des grossesses non prévues à Dakar. *Population*, 67-96.
- Adjamagbo, A., et Guillaume, A. (2001). La santé de la reproduction en milieu rural Ivoirien. *Autrepart*, 11-27.
- Adler, A. (1998) . Le totémisme en Afrique noire. *Systèmes de pensée en Afrique noire*,13-106.
- Agueh, S.A.C. (2000). *Femmes et accès inégal à l'emploi informel à Cotonou*. [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal].
- Ahamidé, A., Guengant, JP., et Kouchoro, G. (2019). *La révolution contraceptive, condition nécessaire pour réaliser la transition démographique et bénéficier du dividende démographique*. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-09/010067321.pdf.
- Akouegninou, V. (2006). *Connaissances, aptitudes et pratiques en matière de sexualité et de contraception en milieu scolaire à Cotonou* [Thèse de doctorat, Université d'Abomey Calavi].
- Akbar, A. (1988). The Value of Children in Rural and Urban Iran : A Pilot Study . *Journal of Comparative Family Studies*, 19(1), 85-97.
- Akpinfa, D.E. (2006). *Problématique de la gestion foncière dans les centres urbains secondaires du Bénin*, [Mémoire de maitrise, Université d'Abomey-Calavi].
- Aktouf, O. (1987) : *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Alano, A., et Hanson, L. (2018). Women's Perception About Contraceptive Use Benefits Towards Empowerment : A Phenomenological Study in Southern Ethiopia. *PLOS One*,13(9). e0203432.
- Alemu Sufa, M., Tesfalidet, T., etDesalegn, W. (2015). Determinants of Long Acting and Permanent Contraceptive Methods Utilization Among Married Women of Reproductive Age Groups in Western Ethiopia : A Cross-Sectional Study. *The Pan African Medical Journal*, 21, 1-10. DOI : 10.11604/pamj.2015.21.246.5835.
- Alessio, R., Apostolidis, T., Santos, M., et Dany, L. (2011). Représentations sociales et embryon humain : Une étude comparative Brésil / France. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 371-395.

- Alspaugh, A., Barroso, J., Reibel, M., et Shannon Phillips, S. (2020). Women's Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes : An Integrative Review of Qualitative Research. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 64-84.
- Anadon, M. (2002). Représentations sociales et recherche en éducation : Quelques réflexions théorico-méthodologiques. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, 227-244.
- Andretta, S. (2019). Affaires d'héritage à Cotonou : Comment la loi a changé les familles. *Cahiers d'études africaines*, 377-404.
- Andretta, S. (2016). Pourquoi aller au tribunal si l'on n'exécute pas la décision du juge ? Conflits d'héritage et usages du droit à Cotonou. *Politique africaine*, 147-168.
- Andro, A., et Hertrich, V. (2001). La demande contraceptive au Sahel : Les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? *Population* 56(5),721-771.
- Androutsos, G. (2002). Contraception et planning familial dans la Grèce antique. *Andrologie*,12(1), 105-109.
- Andreani, J.C., et Conchon, F. (2015). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : État de l'art en marketing. *European Journal of Marketing* 39(3/4). <https://www.researchgate.net/publication/238711815> .
- Ankomah., A., Anyanti, J., et Oladosu, M. (2010). Myths, Misinformation, and Communication About Family Planning and Contraceptive Use in Nigeria. *Journal of Contraception*,95-105.
- Ansart, P. (1990). *Les sociologies contemporaines*. Éditions du Seuil.
- Amadou Sanni, M. (2011).Niveaux et tendances des besoins non satisfaits de planification Familiale au Bénin : Facteurs explicatifs et changements dans le temps. *African Population Studies*, 25,<https://doi.org/10.11564/25-2-237>.
- Antoine, P. (2009). Vieillir en Afrique. *Idées économiques et sociales*,157,34-37.
- Antoine, P. (2007). Introduction. Dans P. Antoine (dir), *Relations intergénérationnelles en Afrique : Approches plurielles* (9-17). Les collections du CEPED.
- Ariès, P. (1980).Two Successive Motivations for the Declining Birth Rate in the West. *Population and Development Review*, 645-650.
- Arnold, F., Kishor, S., et Roy, T.K. (2002). Sex-Selective Abortions in India. *Population and Development Review*. 28(4),759-785.

- Ashford, L. (2003). Unmet Need for Family Planning. Brief policy <https://www.prb.org/wpcontent/uploads/2003/02/UnmetNeedFamPlan-Eng.pdf>.
- Assemblée nationale du Bénin (2019). *Loi n° 2002-07 portant sur le Code des personnes et de la famille*. https://www.ftcam.de/ft/Scheidung_Benin.pdf.
- Association des femmes juristes du Bénin (2017). *Résumé de la loi n° 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction*. <http://afjbenin.net/resume-de-la-loi-n-2003-04-du-03-mars-2003-relative-a-la-sante-sexuelle-et-a-la-reproduction/>.
- Audibert, C (2017). Planning familial. *Encyclopédia Universalis*. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/planning-familial/>.
- Avonnon, K., et Bulthuis, S. (2018). *Évaluation des besoins de plaidoyer pour l'avortement sécurisé*. [https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/Benin %20Country %20Report _Rapport %20CNGOB %20Benin %20Final.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/Benin%20Country%20Report_Rapport%20CNGOB%20Benin%20Final.pdf).
- Badini-Kinda, F. (2010). Femmes, foyer, activités professionnelles : Les termes du débat Au Burkina Faso. Dans M. Rollinde (dir.). *Genre et changement social en Afrique (25-37)*. Éditions des archives contemporaines.
- Bagnan, T, J, A., Aboubakar, M., Tognifode, V., Lokossou, M.S.H.S., Obossou, A. A. A., Salifou, K., Assogba, E., and Perrin, R., X. (2017). Side Effects of Hormonal Contraception of Patients in the Family Planning of Centre University Hospital of Mother and Child Lagoon, Cotonou (Benin). *Gynecol Obstet.* 7(452). doi:10.4172/2161-0932.1000452.
- Bajos, N., Teixeira, M., Adjmagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A., et Rossier, C (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population*, 68(1), 17-39.
- Ballo, C.I., Degbeko, W.S., Toffi, D.M., et Attanda, M.I. (2016). Les conflits domaniaux sur le plateau Adja au Bénin : Cas de Djakotomé. *International Journal of Innovation and Scientific Research.* 2(2), 249-254.
- Bankole, A., et Singh, S. (1998). Couples' Fertility and Contraceptive Decision-Making In developing Countries : Hearing the Man's Voice. *International Family Planning Perspectives*, 24(1), 15-24.

- Barbieri, M. et V. Hertrich (2005). « Écarts d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique sub-saharienne. *Population*, 60(5 /6), 725-764.
- Barden-O, F.J., et Speizer, I.S. (2010). Indonesian Couples Pregnancy Ambivalence and contraceptive Use. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 36-43.
- Barden-O., F.J., and Speizer, I.S. (2011). What Differentiates Method Stoppers From Switchers ? Contraceptive Discontinuation and Switching Among Honduran Women. *International Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 37(1), 16-23.
- Bardin, L. (2013). Le codage. Dans L. Bardin (dir.). *Analyse de contenu* (134-149). Presses universitaires de France.
- Bardin, L. (2013). Définition et rapport avec les autres sciences. Dans L. Bardin (dir.). *Analyse de contenu* (30-51). Presses universitaires de France.
- Barot, S. (2008). Back to Basics : The Rationale for Increased Funds for International Family Planning. *Policy Review*, 11(3), 13-18.
- Barou, J., et Navarro, R. (2007). Rites funéraires et figures de la mort en Afrique et en Occident. *Ethnologie française*, 83-87.
- Barrère-Maurisson, M.A. (2012). L'évolution des rôles masculin et féminin au sein de la famille. *Les Cahiers français : documents d'actualité, La Documentation Française, numéro spécial des Cahiers Français : « Comment va la famille ? 22-29* <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00760973/document>.
- Bauer, M.W. et Gaskell, G. (1999). Towards a Paradigm for Research on Social Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 29(2), 163-186.
- Baxter, J. (1997). Gender Equality and Participation in Housework : A Cross-National Perspective. *Journal of Comparative Family Studies*, 28(3) 220-247.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Leontine Alkema, L., and Sedgh, G. (2018). Global, Regional, And Subregional Trends in Unintended Pregnancy and its Outcomes From 1990 to 2014 : Estimates From a Bayesian Hierarchical Model . *The Lancet*, 6 : www.thelancet.com/lancetgh_Vol_6_April_2018.
- Beaulieu, M., et Lussier-Therrien, M. (2016). L'agression sexuelle envers les aînées : Un problème social en mal de reconnaissance. *Recherches féministes*, 29(2), 199-213.

- Becker, G.S. (1960). An Economic Analysis of Fertility. Dans A.J. Coale (dir.), *Demographic and Economic Change in Developed Countries* (209-231). Princeton University Press.
- Becker, G., and Tomes, N. (1976). Child Endowments and the Quantity and Quality of Children. *Journal of Political Economy*, 84(4), 143-162.
- Becker, G., and Lewis, H.G. (1973). On the Interaction Between the Quantity and Quality of Children. *Journal of Political Economy*, 81(S2), 279-S288.
- Bélangier, D. (2002). Son Preference in a Rural Village in North Viet Nam. *Studies in Family Planning*, 33(4).
- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. The Free Press.
- Berg, N., Beaulieu, M., Oudewater, M., Langhendries, D., et Giet, D. (2014). La maltraitance envers les personnes âgées : Quelques éléments pour la pratique médicale. *Revue médicale de Liège*, 69(5-6), 382-389.
- Bernardi, L., Mynarska, M., et Rossier, C. (2014). Uncertain, Changing and Fertility Intentions : A Qualitative Analysis. Dans D. Philipov, J.E. Klobas et Liefbroer, A.C. (dir.), *Reproductive Decision-Making in a Macro-Micro Perspective* (113-140). <https://link.springer.com/book/10.1007/978-94-017-9401-5>.
- Berr, É. (2006). À la recherche d'un autre développement. Dans É. Berr et J.M. Harribey (dir.), *Le développement en question(s)* (29-54). Presses universitaires de Bordeaux.
- Berthe, A., Berthé-Sanou, L., Konate, B., Hien, H., Tou, F., Drabo, M., Badini-Kinda, F., et Macq, J. (2013). Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : Une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. *Santé publique*, 3(25), 367-371.
- Berthelon, M., et Kruger, D. (2017). Does Adolescent Motherhood Affect Education and Labor Market Outcomes of Mothers ? A Study on Young Adult Women in Chile During 1990-2013. *International Journal of Public Health*, 62(2), 293-303. 10.1007/s00038-016-0926-5.
- Binet, C., Gastineau, B., et Rakotoson, L. (2007). *La baisse de la fécondité en milieu rural Malgache : Un malthusianisme de pauvreté ?* Acte du colloque scientifique Dynamiques rurales à Madagascar : Perspectives sociales, économiques et démographiques , Antananarivo, 23-24 avril.
- Bougma, M., Pasquier-Doumer, L., Legrand, K.T. et Kobiané, J.F. (2014). Fécondité et scolarisation à Ouagadougou : Le rôle des réseaux familiaux. *Population*, 433-462.

- Blayo, C. (1970). Fécondité, contraception et avortement en Europe de l'Est. *Population*, 829-846.
- Bledsoe, C. (2005). Reproductive Relativity : Time, Space and Western Contraception in Rural Gambia. *The Ahfad Journal*, 22(1).
- Blöss, T. (2009). Travail domestique et responsabilités parentales : Présupposés et paradoxes de l'action publique. *Informations sociales*, 50-59.
- Boltanski, L. (2004). *La condition fœtale. Une sociologie de l'avortement et de l'engendrement*. Gallimard.
- Bongaarts J. (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 4(1), 105-132.
- Bradley, S.E.K., Trevor, N.C., Fishel, D.J., et Westoff, C.F. (2012). Revising Unmet Need for Family Planning. *DHS Analytical Studies*, ICF International.
- Bretin, H. (2004). Marginalité contraceptive et figures du féminin : Une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sciences sociales et santé* 22-3, 87-11.
- Brown, W., Ottney, A. , et Nguyen, S. (2011). Breaking the Barrier : The Health Belief Model and Patient Perceptions Regarding Contraception. *Contraception*, 83(5), 453-45.
- Brunet, F., Kertudo, P. , et Malsan, S. (2018). *Étude sociologique sur la résidence en alternance des enfants de parents séparés*.
http://www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/02/Dossier-109_Residence-Alternee.pdf.
- Bustreel, A.T. et T. Nishimura (2004). Les coûts d'opportunité des enfants : Une comparaison Japon-France. *Innovations*, 163-177.
- Cain, M.T. (1977). The Economic Activities of Children in a Village in Bangladesh. *Population And Development Review*, 3(3), 201-227.
- Caldwell, J.C. (2005). On Net Intergenerational Wealth Flows : An Update. *Population And Development review*, 31(4), 721-740.
- Caldwell, J.C., Jalaluddin, A.K.M., Caldwell, P., et Cosford, W. (1984). The Changing Nature of Family Labour in Rural and Urban Bangladesh : Implications for Fertility Transition. *Canadian Studies in Population*. 11(12), 165-198.
- Caldwell, J.C. (1978). A Theory of Fertility : From High Plateau to Destabilization. *Population and Development Review*, 4(4), 553-577.

- Caldwell, J.C. (1976). Toward A Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, 2 (3/4), 321-366.
- Castle S., and Askew, I. (2015). *Contraceptive discontinuation : reasons, challenges, and solutions*. http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2015/12/FP2020_ContraceptiveDiscontinuation_SinglePageRevised_12.16.15.pdf.
- Chae, S., Kayembe, P., Philbin, J., Mabika, C., et Bankole, B. (2017). The Incidence of Induced Abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *PLOS One*. < <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>.
- Chae, S., Woog, V., Zinsou, C, et Wilson., M (2015). Barriers to Contraceptive Use Among Women in Benin. Issue brief Alan Guttmacher Inst, 1-22.
- Charmillot, M., et Seferdjeli, L. (2002). Démarches compréhensives : la place du terrain dans la construction de l'objet. Dans M. Saada-Robert et F. Leutenegger (dir.). *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation*. De Boeck.
- Charton, L., et Lévy, J J. (2017). Désir d'enfant et désir de transmission : quelles Influences sur la formation des familles ? *Anthropologie et sociétés*, 41(2), 9-37.
- Charton, L., Lemieux, D., et Ouellette, FR. (2017). Le désir d'enfant exploré à travers les pratiques de nomination. *Anthropologie et sociétés*, 41(2), 157-173.
- Charton, L. (2013). De la peur de la surpopulation à celle de la sous-population : Réflexions sur la dimension apocalyptique dans la pensée démographique. *Frontières*, 25(2), 29-40.
- Charton, C. et Lévy, J J. (2011). *La contraception : Prévalence, prévention et enjeux de société*. Presses de l'Université du Québec.
- Charton, L., Surkov, S., Baublyte, M., et Stankuniene, V. (2009). Intentions de fécondité et naissances en France, Lituanie et Russie. *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 209-239.
- Charton, L. (2009). Le temps de la maternité : entre choix et organisation Dans L. Charton et J.J. Lévy (dir.). *Génération et cycles de vie : au carrefour des temps biologiques et psychosociaux* (9-32), Presses de l'Université de Québec.
- Cissé, R., Fall, A. S., Adjamagbo, A., et Attané, A. (2017). La parentalité en Afrique de l'Ouest et du Centre Dans L. Vidal (dir.). *Renforcement de la recherche en sciences sociales en appui des priorités régionales du bureau régional d'Afrique de l'Ouest et du centre de l'UNICEF : Analyses thématiques* (7-59). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01791432/document>.

- Clark, S., and Brauner-Otto, S. (2015). Divorce in Sub-Saharan Africa : Are Unions Becoming Less Stable ? *Population and Development Review*, 583-605.
- Clay, C.D., and Vander Haar, J E. (1993). Patterns of Intergenerational Support And childbearing in the Third World. *Population Studies*, 47(1), 67-83.
- Cleland, J., and Wilson, C. (1987). Demand Theories of the Fertility Transition : An Iconoclastic View. *Population Studies*, 41(1), 5-30.
- Cliche, P. (2003). Réflexions sur les concepts de Pauvreté et de “Développement. *Travail, capital et société*, 36(2), 226-260.
- Côté, D., et Gaborean, F. (2015). Nouvelles normativités de la famille : La garde partagée au Québec, en France et en Belgique. *Canadian Journal of Women and the Law*, 27(1), 22-46.
- Coudouel, A., Hentschel, J., and Wodon, Q. (2002). Poverty Measurement and Analysis. *World Bank*. https://mpr.ub.uni-muenchen.de/10490/1/MPRA_paper_10490.pdf.
- Courants de femmes (2017). *Historique du planning familial au Bénin*. <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Benin/ABPF/ABPF.html>
- Cosio-Zavala, E.M. (2019). *Les deux modèles de transitions démographiques en Amérique latine et les inégalités sociales : Le malthusianisme de pauvreté*. Acte du colloque, Ponència presentada al Seminari General » de la « Red de Estudios de Población ALFAPOP “Temas de población latinoamericanos” », coordinat pel Centre d’Estudis Demogràfics i celebrat à Bellaterra, 8-12 février, Centre d’Estudis Demogràfics. <https://ced.uab.cat/publicacions/PapersPDF/Text149.pdf>.
- Cover, J.K., Drake, K., Kyamwanga, I T., Turyakira, E., Dargan, T., Kumakech, E., and Harner-Jay, C. (2011). Consumer Perspectives on a Pericoital Contraceptive Pill in India and Uganda. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 195-204.
- Cox, M.C., Hindin, M J., Otupiri, E., et Larsene-Reindorf, R. (2013). Understanding Couples Relationship Quality and Contraceptive Use in Kumasi, Ghana. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(4), 185-194.
- Daigle, J. (2011). Avortement au Canada : lecture boltanskienne d’un débat polarisé. *Enfances, familles, générations*, 139-157. <https://doi.org/10.7202/1004013ar>.
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Dans G. Lo Monaco, S. Delouée et P. Rateau (dir.), *Les représentations sociales* (85-102). De Boeck.

- Dany, L. T. et Apostolidis (2007). Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : Interrogations autour de la technique de mise en cause. *Les cahiers internationaux de la psychologie sociale*, 73,1 1-26.
- Davis, K., and Blake, J. (1956). Social Structure and Fertility : An Analytical Framework. *Economic Development and Cultural Change*, 4(3), 211-235.
- Das Gupta, M., Zhenghua, J., Bohua, L., Zhenming, X., Chung, W., and Hwa-Ok, B. (2003). Why is Son Preference so Persistent in East and South Asia ? A Cross-Country Study of China, India and the Republic of Korea. *Journal of Development Studies*, 40(2), 153-187.
- Degorce, A. (2010). Les espaces des morts dans les chants funéraires des Moose. *Journal des Africanists*, 43-63.
- Dehne, K.L. (2003). Knowledge of Attitudes Towards, and Practices Relating to Child-spacing Methods in Northern Burkina Faso. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(1), 55-66.
- De Latour, C.H. (1996). Les morts et leurs rites en Afrique. Dans *L'Homme* (137-142). <https://doi.org/10.3406/hom.1996.370080>
- Demate, E.S. et Amadou Sanni. M. (2019). *Conditions de vie et vulnérabilité des personnes âgées dans la commune de Natitingou au Bénin : Vers un effritement du système de solidarité intergénérationnelle. Les évidences d'une enquête locale*, Rapport de recherche. <http://uaps2019.popconf.org/uploads/190399>.
- De Pierrepont, C., et Lévy, J J. (2017). Motivations et enjeux de transmission dans un Forum de Discussion. *Anthropologie et Sociétés*, 41(2), 175-199.
- Dereuddre, R., Van de Velde, S., and Bracke, P. (2016). Gender Inequality and the 'East-West' Divide in Contraception : An Analysis at the Individual, the Couple, and the Country Level. *Social Science & Medicine*, 1-12.
- DeRose, L.F., Nii-Amoo Dodoo, F., Ezech, AC, and Owuor, T. O. (2004). « Does Discussion of Family Planning Improve Knowledge of Partner's Attitude Toward Contraceptives ? *International Family Planning Perspectives*, 3 (2), 87-93.
- Désalliers, J. (2009). Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : Relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? Dans *Autrepart*, 31-47.
- Descarries, F., et Corbel, C. (1991). Penser la maternité : les courants d'idées au sein du mouvement contemporain des femmes. *Recherches sociographiques*, 32(3), 347-366.

- Descombes, V. (2000). Philosophie des représentations collectives. *Revue scientifique, History of the Human Sciences*, 13(1), 37-49.
- Desjeux, C. (2012). Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. *Andrologie*, 22(3), 180-191.
- Do, M., and Kurimoto, N. (2012). Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(1), 23-33.
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, 45(405), 189-195.
- Doise, W., Clémence, A., et Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Presses universitaires de Grenoble.
- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. Dans R. Ghiglione, C. Bonnet et J.F. Richard (dir.). *Traité de psychologie cognitive, : Cognition, representation, communication* (220-238). Dunod.
- Doise, W. (1989). Attitudes et représentations sociales. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (220-238). Presses universitaires de France.
- Doliger, C. (2008). La fécondité et ses déterminants économiques, Becker vs Easterlin. *Revue économique*, 59(5), 955-971.
- Donadjè, F. (1992). Nuptialité et fécondité des hommes au Sud-Bénin : faits et opinions. *Cahiers québécois de démographie*, 21(1), 45-65.
- Doodoo, F.N.A (1993). Insights Into Spousal Differences in Reproductive Dis/Agreement. *Sociological Focus*, 26(3), 257-270.
- Drapeau, M. (1997). La discrimination fondée sur la grossesse résultant des règles de Disponibilité au travail : Le refus d'accommoder le droit des femmes enceintes de s'absenter du travail. *Revue de droit*, 215-257.
- Duby, G. (1961). Histoire des mentalités. Dans C. Samaran (dir.), *L'histoire et ses méthodes* (937-965). Guillard.
- Dufort, F., Boucher, K., Guilbert, É., Saint-Laurent, L., et Fortin-Pellerin, L. (2005). *Les représentations sociales de la grossesse à l'adolescence : des prises de position dominantes et D'autres déstabilisantes*, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 24(1). p. 79-93. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2005-0006>.

- Dufour, M.E. (2017). La préférence pour les garçons dans le nord-ouest de l'Inde, Performativité de genre et construction de la féminité. *Anthropologie et Sociétés*, 41(2), 201-222.
- Dupré La Tour, M. (2005). *Les crises de couples, leur fonction et leur dépassement*. ERES.
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de métaphysique et de morale*. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.due.rep1>.
- Dutheil, N. (2001). *Les aides et les aidants des personnes âgées, Études et résultats*. Drees, 298. <https://www.aidants.fr/sites/default/files/public/Pages/er142-drees-nov2001.pdf>.
- Dyer, S., Mokoena, N., Maritz, J., and Van Der Spuy, Z. (2008). Motives for Parenthood Among Couples Attending a Level 3 Infertility Clinic in the Public Health Sector in South Africa. *Human Reproduction*, 23(2), 352-357.
- Dyer (2007). The value of Children in African Countries : Insights from Studies on Infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 69-77.
- Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., et Van Der Spuy, Z. M. (2002). Men Leave Me as I Cannot Have Children' : Women's Experiences With Involuntary Childlessness. *Human Reproduction*, 17(6), 1657-1662.
- Easterlin, R.A. (1975). An Economic Framework for Fertility Analysis. *Studies in Family Planning*, 6(3), 54-63.
- Ebenstein A. (2014). *Patrilocality and Missing Women*. DOI10.2139/ssrn.2422090.
- Elisha, P.R. (1996). The Pregnancy That Doesn't Stay : The Practice and Perception of Abortion by Ekiti Yoruba Women. *Social Science & Medicine*, 42(4), 483-494.
- Erny, P. (1987). *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*. L'Harmattan.
- Ezin, S.R. (2016). *Les différentes perceptions de l'avortement chez les adolescents et jeunes de l'arrondissement de Tchaourou*. *Science et bien commun*. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/tchaourou/chapter/les-differentes-perceptions-de-l'avortement-chez-les-adolescents-et-jeunes-de-l'arrondissement-de-tchaourou/>.

- Feinstein S., Feinstein, R., and Sabrow, S.(2010). Gender Inequality in the Division of Household Labour in Tanzania. *African Sociological Review*, 14(2), 98-109.
- Festy, P. (2006). La légalisation des couples homosexuels en Europe. *Population*, 61(4), 493-531.
- Fido, A., and Zahid, M.A. (2004). Coping with Infertility among Kuwaiti Women : Cultural Perspectives. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 294-300.
- Finch, J. (2008). *Naming Names : Kinship, Individuality and Personal Names*. <https://doi.org/10.1177/0038038508091624>.
- Flament, C. (2001). Pratiques sociales et dynamique des représentations. Dans P. Moliner (dir.), *La dynamique des représentations sociales : Pourquoi et comment les représentations se transforment-elles ?*(43-58). Presses universitaires de Grenoble.
- Flament, C. (1995). Approche expérimentale de type psychophysique dans l'étude d'une représentation sociale. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 28, 67-76.
- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations Sociales. Dans J.C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (37-58). Presses universitaires de France.
- Fourn, E. (2011). *Rôle et importance des femmes dans le développement socio-Économique du Bénin : Pesanteurs culturelles et sociologiques. Document de politique de promotion de la femme. Étude & document*,18 http://www.slire.net/download/1959/role_et_importance_des_femmes_dans_le_dveloppement.pdf.
- Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, B. R, Tuncalp, O., Assifi, A. Sedgh, G Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., and Alkema, L. (2017). Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-2014 : Estimates From a Bayesian Hierarchical Model. *Lancet*, 2372-2381.
- Garnier, C. et Doise, W. (2002). La synonymie, l'analogie et la taxinomie : trois formes de catégorisation pour l'étude des représentations sociale. Dans C. Garnier et W. Doise (dir.), *Les représentations sociales : Balisage du domaine d'études* (187-205). Nouvelles Éditions.
- Gautier, A. (2002). Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : Du malthusianisme au féminisme ? *Lien social et politiques*, 67-81.

- George, P. (1975). La conférence mondiale de la population de Bucarest. Réalités démographiques et débats politiques. *Annales de géographie*, 84, (461) 1-23.
- Gibb, S.J., Fergusson, M. D., Horwood, L. J., and Boden, J M. (2014). *Early Motherhood and Long Term Economic Outcomes : Findings from a 30 Year Longitudinal Study*. <https://doi.org/10.1111/jora.12122>.
- Gigling, M. et Rateau, P. (1999). Construction individuelle d'une représentation sociale : Les six épreuves des Gopa, Étude expérimentale du processus d'ancrage. Dans L.M. Rouquette et C. Garnier (dir.), *La genèse des représentations sociales* (63-83). Nouvelles éditions.
- Giorgi, A. (2012). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 3-12.
- Gnabéli, R.Y. (1996). Les funérailles dans les entreprises ivoiriennes. *Journal des anthropologues*, 85-95.
- Gning, S.B. (2017). Masculin et féminin, aîné et cadet : Recomposition du statut d'aïdant et des solidarités intergénérationnelles familiales au Sénégal. *Âges de vie, genre et temporalités sociales*, 27.
- Godfrey, E.M., Chin, N. P., Fielding, S. L., Fiscella, S. K., and Dozier, A. (2011). Contraceptive Methods and Use by Women Aged 35 and Over : A Qualitative Study of Perspectives. *BMC Women's Health*, 11(1).
- Gogan, D.B. (2012). *Microfinance et problématique de réduction de la pauvreté au Bénin : Expérience des femmes du programme de microcrédits aux plus pauvres dans la commune rurale d'Adjarra*, [Mémoire de DEA, Université d'Abomey-Calavi].
- Gonin, A. (2008). *L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale. Une approche psychosociale des représentations professionnelles : Historicité, ancrages et fonctions* [Thèse de doctorat, Université Lyon 2]
- Gonin, A., Pronovost, V., et Blais, M. (2014). *Enjeux éthiques de l'intervention auprès de femmes vivant une grossesse imprévue au Québec. Discours et pratiques de ressources anti-choix et pro-choix*. <https://archipel.uqam.ca/6588/1/rapport%20de%20recherche.pdf>.
- Goussault, B. et Jacob, B. (2011). Lorsque l'enfant ne paraît pas : Le couple face à l'infertilité. *Dialogue*, 125-135.
- Gouveia, V., Albuquerque, V., Clemente, FJB., and Espinosa, M. (2002). Human Values and Social Identities : A Study in Two Collectivist Cultures. *International Journal of Psychology*, 37, (6)333-342.

- Gouvernement du Bénin (2013). *Politique holistique de protection sociale au Bénin*. https://social.gouv.bj/wp-content/uploads/2018/11/Doc-PHPS_Final_10-06-2013.pdf.
- Gouvernement du Bénin (2019). *Stratégie de croissance pour la réduction de la Pauvreté (SCRIP 2011-2015)*. <https://evaluation.gouv.bj/evaluations/12> >.
- Gribaldo, A., Judd, D. M., and Kertzer, I. D., (2009). An Imperfect Contraceptive Society : Fertility and Contraception in Italy. *Population and Development Review*, 35,(3), 551-584.
- Groppi, A., et Fine, A. (1998). Femmes, dot et patrimoine. *Clio Femmes, genre, histoire*. <https://doi.org/10.4000/cli.342>.
- Guengant, J.P. (2007). La démographie africaine : Entre convergences et divergences. Dans B. Ferry (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques. Un avenir Incertain*. AFD-CEPED-KARTHALA.
- Guimelli, C. (1994). La fonction infirmière : Pratiques et représentations sociales. Dans J.C.Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (83-103). Presses universitaires de France.
- Guimelli, C., Rouquette, M. L. (1992). Contribution du modèle associatif des schèmes cognitif de base à l'analyse structurale des représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, 196-202.
- Gueye, A., Speizer, S. I., Corroon. M. and Okigbo, C.C. (2015). Belief in Family Planning Myths at the Individual and Community Levels and Modern Contraceptive Use in Urban Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 191-199.
- Guillaume, A. (2003). Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990. *Population*, 58(6), 741-771.
- Guttmacher Institute (2017). *Vue d'ensemble : Investir dans la contraception et la santé maternelle et néonatale, 2017*. Fiche d'information, Nouveau York. <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>.
- Guillaume, A. et Rossier, C (2018). L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*, 73, 225-322.
- Guillaume, A (2003). Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990. *Population*, 58, 741-772.

- Guilmain-Gauthier, C. (1985). Le jeu de la femme.
 Dans J.C. Barbier (dir.), *Femmes du Cameroun, mères pacifiques, femmes rebelles* (37-62). Karthala.
- Guilmoto, C.Z. et Tovey, J (2015). La masculinisation des naissances.
 État des lieux et des connaissances. *Population*, 70(2), 184-243.
- Harris K.M., Furstenberg, F. F., Jeremy, K and Marmer, J. K. (1998). Paternal Involvement with Adolescents in Intact Families : The Influence of Fathers over the Life Course. *Demography*, 35(2), 201-216.
- Héritier, F. (1985). La cuisse de Jupiter. Réflexions sur les nouveaux modes de procréation. *L'Homme* 25(94), 5-22. <https://doi.org/10.3406/hom.1985.368560>.
- Ho, P.C. (2006). Women's Perceptions on Medical Abortion. *Contraception*, 74(1), 11-15.
- Hoffman, L.W., Thornton, A. and Manis, J D. (1978). The Value of Children to Parents in the United States. *Journal of Population*, 1(2), 91-131.
- Hoffman, L.W. (1975). The Value of Children to Parents and the Decrease in Family Size. *American Philosophical Society*, 119(6), 430-438.
- Hoffman, L.W., and Hoffman, M. L. (1973). The Value of Children to Parents. *Psychological Perspective on Population*, 19-76.
- Houéto, C. (1975). *La femme, source de vie dans l'Afrique traditionnelle*. Communication présentée au colloque sur la civilisation de la femme dans la tradition africaine à Abidjan, 3-8 juillet 1972.
- Houngbédji, A. (1967). Le chef du clan et le droit de la famille dans les coutumes du Bas-Dahomey. *Revue juridique et politique, indépendante et coopération*.
- Hameed, W., Azmat, S., Ali M., Abbas, G., Temmerman, M. and Avan (2014). Women's Empowerment and Contraceptive Use : The Role of Independent Versus Couples' Decision-Making, From a Lower Middle-Income Country Perspective. *PLOS One*, 9(8).
- Hartmann, B. (1987). The Plan Behind Family Planning. Dans B. Hartmann (dir.), *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice* (55-73). Harper & Row.
- Hertrich, V. (1996). *Permanences et changements de l'Afrique rurale : Dynamiques Familiales chez les Bwas du Mali*, CEPED. *Les études de CEPED*.
- Hertrich., V. (2007). Le mariage quelle affaire ! Encadrement social et privatisation de l'entrée en union en milieu rural malien. *Sociologie et société*, 119-150.

- Hodgson, D. (2009). Abortion, Family Planning, and Population Policy : Prospects for The commonGround Approach. *Population and Development Review*, 35(3), 479-518.
- Hoghughi, M. (1998). The Importance of Parenting in Child Health : Doctors as Well as the Government should Do More to Support Parents. *British Medical Journal*, (1545-1551).
- Hoghughi, M., and Speight, A. N. (1998). Good Enough Parenting for All Children, A Strategy for a Healthier Society. *BMJ*, 78(4), 293-296.
- Hollos, M., Larsen, U., and Taylor, F. (2008). Motherhood in SubSaharan Africa : The Social Consequences of Infertility in an Urban Population in Northern Tanzania. *Culture, Health & Sexuality*, 10(2), 159-173.
- Holsti, O.R. (1969). Content Analysis for the Social Sciences and Humanities Reading Mass.Addison.Wesley.
- Honvou, S. (2016). *Le principe d'égalité en droit béninois de la famille* [Thèse de doctorat, Université d'Abomey-Calavi]
- Hounyoton, B.H. (2009). *La protection de l'enfant vidomegon au Bénin : Mythe ou réalité ?* [Mémoire de Master, Université catholique de Lyon]
- Hossain, M.B., Phillips, J. F., Mozumder, A. B. M., and Khorshed, A. (2007). The Effect of Husband's Fertility Preferences on Couples' Reproductive Behaviour in Rural Bangladesh.. *Journal of Biosocial Sciences*, 39, 745-757. <https://doi.org/10.1017/S0021932006001696>.
- Hubacher, D., and Trussell, J (2015). A Definition of Modern Contraceptive Methods. *Contraception*, 92, 420-421.
- Husserl, E. (1980). Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy Collected works. Kluwer Academic.
- Hyunah, Y. (2017). Le recours constitutionnel contre le délit d'avortement et la voix des femmes : Une étude des perceptions de l'expérience de l'avortement. *Revue de sciences humaines*, 236. <https://journals.openedition.org/traces/7190>.
- Ibisomi, L., and Mudege, N. N. (2013). Childlessness in Nigeria : Perceptions and Acceptability. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15.
- Institut National de la Santé Publique du Québec (2019). *Fécondité*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilitepopulationnelle/f004_fecondite.pdf

- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (2019). *Évaluation de la pauvreté au Bénin*. <https://insae.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EMICoV/2013/Evaluation%20pauvrete.pdf>.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (2018). *Rapport de la cinquième enquête démographique et de santé, Bénin*. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR350/FR350.pdf>.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (2015). *Enquête modulaire Intégrée sur les conditions de vie des ménages*. https://www.insae-bj.org/images/docs/insaestatistiques/enquetesrecensements/EMICoV/2015/Rapport_pr%C3%A9liminaire_Emicov_2015.pdf.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (2015a). *RGPH4 : Que retenir des effectifs de population en 2013 ?* [https://www.insae-bj.org/images/docs/insaestatistiques/demographiques/population/Resultats %20de finitifs %20RGPH4.pdf](https://www.insae-bj.org/images/docs/insaestatistiques/demographiques/population/Resultats%20de%20RGPH4.pdf).
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (2013). *Évaluation de la pauvreté Au Bénin*. [https://www.insae-bj.org/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EMICoV/2013/Evaluation %20pauvrete.pdf](https://www.insae-bj.org/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EMICoV/2013/Evaluation%20pauvrete.pdf)
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (2011). *Enquête Modulaire Intégrée Sur les Conditions de vie des Ménages*. <https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EMICoV/2011/Rapport-preliminaire-emicov-2011.pdf>
- Irani, L., Speizer, S., and Fosto, J.C. (2014). Relationship Characteristics and Contraception Use Among Couple in Urban Kenya. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(1),11-20.
- Jaovelo-Dzao, R. (1996). *Mythes, rites et transes à Madagascar : Angano, joro et tromba Sakalava*. Éditions Karthala.
- Jodelet, D. (2003). Représentations sociales : Un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (45-78) Presses universitaires de France. Jodelet, D. (1989a). *Les représentations sociales*. Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989b). *Folies et représentations sociales*, Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales : Phénomènes, concepts et théorie ». Dans S. Moscovici (éd.), *Psychologie sociale* (357-389). Presses universitaires de France

- Jones, R.K., Forthwith, F. L., and Blades, N. M. (2016). If I know I am on the Pill and I Get Pregnant, It's an Act of God : Women's Views on Fatalism, Agency and Pregnancy. *Contraception*, 93(6), 551-555.
- Journal Fraternité (2018). *Conflits fonciers au Bénin : Les dangers de mort pleuvent*. En ligne (consulté en octobre 2019) : <https://www.fraternitebj.info/societe/article/conflits-fonciers-au-benin-les> .
- Kakaiya, R., Lopez, L. L., and L.A. Nelson, L.A (2017). Women's Perception of Contraceptive Efficacy and Safety. *Contraception and Reproductive Medicine*, DOI : 10.1186/s40834-017-0046-5.
- Khoury, D. (2013). Introduction . Dans G. Neyrand, M. Tort et M.D. Wilpert (dir.). *Père, mère, Des fonctions incertaines. Les parents changent, les normes restent ?* (7-16), ERES.
- Kimber, L.R., Burton-Jeangros, C., Riom, L., et Hummel, C. (2018). Le sentiment d'insécurité chez les personnes âgées : Entre transformations de l'environnement et fragilité individuelle. *Swiss Journal of Sociology*, 44(1), 139-156.
- Klomegah R. (2006). Spousal Communication, Power, and Contraceptive Use in Burkina Faso, West Africa . *Mariage Family Review*, (40), 89-1.
- Kpadonou, N. (2019). *Travail-famille : Conciliation des rôles économiques et domestiques dans trois capitales d'Afrique de l'Ouest*. [Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain]
- Kpadonou. N., Adjamagbo, A., Gastineau, B., Delaunay, V. et l'équipe FAGEAC. (2015). *Partage des tâches domestiques au sein des couples à Cotonou et Lomé : Quelle contribution des hommes ?* 7e Congrès international des études féministes dans la francophonie.
- Konditamdé, A. (2017). *Déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de la Contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè : Cas du village de Tanlarghin*. [Mémoire de Master II, l'Institut de formation et de recherche interdisciplinaires en sciences de la santé et de l'éducation]
- Kouamé, A., Amouzou, J., et Paliku Pimbo, P. (2001). Comment les populations rurales ivoiriennes perçoivent-elles la planification familiale ? *Revue africaine de la santé reproductive*, 5(2), 116-129.
- Kougniazondé, C., Asoba, S., Ehrenfeld, T et R.B. Godjo (2014). *Sécurité publique et confréries des chasseurs en Afrique de l'Ouest : Cas du Bénin*. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/benin/10692.pdf>.

- Kuipou, R. (2015). *Le culte des crânes chez les Bamiléké de l'ouest du Cameroun*. 97, 93-105. https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_2015_num_97_1_2775.
- Lagacé, C. (2007). *Femmes et politique au Bénin : Un défi à relever*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal].
- Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : Pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept, *Devenir*, 21, 31-60.
- Langdridge, D., Connolly, K., and Sheeran, P. (2000). Reasons for Wanting a Child : A Network Analytic Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(4), 321-338. DOI : 10.1080/713683044.
- Lapeyre, N., et Le Feuvre, N. (2004). Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de "conciliation travail-famille", Les professions libérales en France. *Nouvelles questions féministes*, 42-58.
- Lapierre-Adamcyk E. et Lussier, M. (2003). De la forte fécondité à la fécondité désirée . Dans V. Piché et C. Le Bourdais (dir.), *La démographie québécoise. Enjeux du XXIe siècle* (66-109). Presses de l'Université de Montréal.
- Latouche, S. (1988). Contribution à l'histoire du concept de développement. Dans C. Coquery-Vidrovitch, D. Hemery et J. Piel (dir.), *Pour une histoire du développement. État, sociétés et développement* (41-60). L'Harmattan.
- Lasee, A., and Becker, B. (1997). Husband-Wife Communication About Planning Familial and Contraceptive Use in Kenya. *International Family Planning Perspectives*, 23(1), 15-33.
- Leridon, H. (2015). Théories de la fécondité : Des démographes sous influence ? *Population* 70(2), 331-374. DOI : 10.3917/popu.1502.0331 .
- Lesthaeghe, R., Kaufmann, G., and Meekers, D. (1989). The Nuptiality Regimes in sub-Saharan Africa ». Dans R. Lesthaeghe (dir.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa* (238-333). University of California Press.
- Lévesque, S., et Gonin, A. (2018). Un état des lieux de l'accès à l'avortement au Québec, Entrevue Avec Anne Marie Messier, du Centre de santé des femmes de Montréal. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(1). <https://doi.org/10.7202/1054257ar>.
- Leyser-Whalen, O., and Berenson, A.B. (2013). Control and Constraint for Low-Income Women Choosing Outpatient Sterilization *Qualitative Health Research*, 23(8), 1114-1124.
- Link, C.F. (2011). Spousal Communication and Contraceptive Use in Rural Nepal : An Event History Analysis. *Studies in Family Planning*, 42(2), 83-92.

- Liu, M., Nagarajan, N. Ranjit, A., Gupta, S., and Shrestha, S. (2016). Reproductive Health Care and Family Planning Among Women in Nepal. *International Journal of Gynecology & Obstetric*, 134(1), 58-61.
- Lo Monaco, G., et Lheureux, F. (2007). *Représentations sociales : Théorie du noyau central et méthodes d'étude*. *Revue électronique de psychologie sociale*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01736607/document> .
- Locoh, T., et Mouwagha-Sow, M. (2005). *Vers de nouveaux modèles familiaux en Afrique De l'ouest ?* Communication présentée au XXVe congrès international de la population, Tours, 2005. http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/tours_2005/papers/iussp2005s51850.pdf.
- Locoh, T. et Yara, M (2000). Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne. Dans Vimard, P. et B. Zanou (dir.). *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. L'Harmattan.
- Locoh, T. et Thiriart, M.P. (1995). Divorce et remariage des femmes en Afrique de l'Ouest. Le cas du Togo. *Population*, 61-93.
- Lussy, J.P., Langalibalele, H. M., Patrick, M.H., and J.V.N. Maduna, J.V.N. (2010). Knowledge and Attitude of Schoolgirls About Illegal Abortions in Goma, Democratic Republic of Congo. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2(1)
- Mackenzie, H., Drahota, A., Pallikadavath, S. Stones, W., and Dean, T (2010). *What Kind of Family Planning Delivery Mechanisms Increase Family Planning Acceptance in Developing Countries ? A Mixed Methods Systematic Review*. DFID.
- Mannoni, P. (2012). *Les représentations sociales*. Presses universitaires de France.
- Marcoux, R., et Antoine, P. (2014). Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux en Afrique : Un état des lieux . Dans R. Marcoux et P. Antoine (dir.). *Le mariage en Afrique. Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*. Presses de l'Université du Québec.
- Martin, C.J., Hyacenth, G., and Suite, L. S. (2007). Knowledge and Perception of Abortion and The Abortion Law in Trinidad and Tobago., *Reproductive Health Matters*, 15(29), 97-107
- Maslow, A.H. (2008). *Devenir le meilleur de soi-même : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Eyrolles.
- Math, A. (2015). Coût des enfants et politiques publiques : Quelques enseignements d'une évaluation des dépenses consacrées par la société aux enfants. *La Revue de l'Ires*, 83(4), 87-113

- Mauldin, W.P. (1965). Fertility Studies : Knowledge, Attitude, and Practice. *Studies in Family Planning*, 1(7), 1-10
- McLaren, A. (1996). *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours*. Noësis.
- Miller, B., D. (2001). Female-Selective Abortion in Asia : Patterns, Policies, and Debates. *American Anthropologist*, 103(4), 1083-1095.
- Ministère de la Santé du Bénin (2013). *Plan d'action budgétisé pour le repositionnement de la Planification familiale 2014-2018 au Bénin*. Document de politique.
https://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/CIP_Benin.pdf»
- Ministère de la Santé du Bénin (2011). *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et Standards*. <https://docplayer.fr/50791905-Avortement-medicalise-au-benin.html>.
- Moliner, P et Guimelli. C. (2015). Les approches théoriques. Dans Moliner et Guimelli (dir.), *Les représentations sociales* (21-33). Presses universitaires de Grenoble.
- Moliner, P., Rateau, P. et Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratiques et études de terrain*. Presses universitaires de Rennes.
- Moliner, P. (2001). Formation et stabilisation des représentations sociale. Dans P. Moliner (dir.), *La dynamique des représentations sociales : Pourquoi et comment les représentations se transforment-elles ?*(15-41). Presses universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. (1994). Les méthode de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. Dans C. Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales* (199-232). Delachaux et Niestlé.
- Moliner P. (1988). *La représentation sociale comme grille de lecture. Étude expérimentale de sa structure et aperçu sur ses processus de transformation*. [Thèse de doctorat, Université de Provence].
- Mondain, N., Diagne, A.C. and Randall, S. (2013). Migration and Intergenerational Responsibilities : Implications for Young Senegalese Migrants' Transition to Adulthood. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 648, 204-217
- Mongeau, P. (2011). *Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté jeans et côté tenue de soirée*, Presses universitaires du Québec.

- More, C. (2004). Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le planning familial de 1961 à 1967. *Le Mouvement social*, 75-95.
- Moscovici (2003). Des représentations collectives aux représentations sociales : Éléments pour une histoire . Dans Jodelet (dir.). *Les représentations sociales* (79-103). Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1990). The Origins of Social Representations : A Response to Michael. *New Ideas in Psychology*, 8(3), 383-388.
- Moscovici, S. (1985). *L'Âge des foules : Un traité historique de psychologie des masses*. Éditions Complexe.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public : Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*, Presses universitaires de France.
- Moumouni, I.A. (2017). L'offre informelle de la sécurité publique au Bénin : L'instrumentalisation des groupes d'autodéfense par l'État. *Déviance et société*, 41, 91-119.
- Muller, J-C., (2013). Noret Joël, 2010, *Deuil et funérailles dans le Bénin méridional. Enterrer à tout prix*. Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles.
<https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.7202/1016159ar>.
- Mueller, E. (1976). The Economic Value of Children in Peasant Agriculture. Dans Ronald G. Ridker (dir.), *Population and Development : The Search for Selective Interventions* (98-153). John Hopkins University Press.
- Musalia, J. (2003). Extra Conjugal Determinants of Spousal Communication About Family Planning in Kenya. *Sex Roles*, 49(11/12), 597-607.
- Nag, M., White, B. N.F., Creighton Peet, R., Bardhan, A., Hull, T.H, Johnson, A. Masnick, S. G, Polgar, S. Repetto, R. and Tax, T. (1978). An Anthropological Approach to the Study of the Economic Value of Children in Java and Nepal. *Current Anthropology*, 19(2), 293-306
- National Research Council (2006). *Aging in Sub-Saharan Africa : Recommendations for Furthering Research*. Population Council, <https://doi.org/10.17226/11708>.
- Nations unies (2017). *Maternal Mortality : Levels and trends 2000 to 2017, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>.

- Nations unies (2019). *Trends in Contraceptive Use Worldwide*.
https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_report_2015_trends_contraceptive_use.pdf. Nations unies (2019). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 Septembre 1994. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_fre.pdf.
- Nauck, B., and Klaus, D. (2007). The Varying Value of Children : Empirical Results from Eleven Societies in Asia, Africa and Europe. *Current Sociology*, 55(4), 487-503.
- N'Bouke, A., Calvès, A. E., et Pardoux, S. (2012). Le recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo). Évolution et rôle dans la réduction de la fécondité. *Population*, 67(2) 357-385.
- Ndulu. B.J. (2006). Ramping Up African Growth : Lessons From Five Decades of Growth Experience. *Economic Affairs*, 26(4), 5-11.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies*, 1992-2655. <https://sociologies.revues.org/993>.
- Nerlander, L.M. , Callaghan, W. M., Smith, A.R. and Barfield, W.D. (2015). Short Interpregnancy Interval Associated with Preterm Birth in US Adolescents. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 850-858. DOI : 10.1007/s10995-014-1583-z .
- Neustadt, A., Holmquist, S., Davis, S. and Gilliam, M. (2011). Sexual, Relationship, Contraceptive and Personal Factors Influencing Emergency Contraception Use : A Qualitative Study. *Contraception*, 84(3), 266-272.
- Neyrand, G. (2013). Genres et parentalité : Une reconfiguration qui interroge ». Dans G. Neyrand, M. Tort et M.D. Wilpert (dir.). *Père, mère, des fonctions incertaines. Les parents changent, les normes restent ?* (17-42). ERES.
- Nishtar, N., Sami, N., Faruqi, A., Khowaja, S., and Hasnain, F. (2013). Myths and Fallacies about Male Contraceptive Methods : A Qualitative Study Amongst Married Youth in Slums of Karachi. *Pakistan Global Journal of Health Science* ;5(2).
- Noret, J. (2010). Introduction. Dans J. Noret (dir.). *Deuil et funérailles dans le Bénin méridional. Enterrer à tout prix* (1-34). Éditions de l'Université de Bruxelles.

- Office québécois de la langue française (2019). *Définition de la planification familiale*.
http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx ?Id_Fiche=8399390
- Office québécois de la langue française (2019). *Définition de la contraception excluante la stérilisation des méthodes contraceptives*. http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx ?Id_Fiche=8872793 .
- Ogunjuyigbe, P.O., Ojofeitimi, E. O., and Liasu, A.(2009). Spousal Communication, Changes in Partner Attitude, and Contraceptive Use Among the Yoruba of Southwest Nigeria . *Indian Journal of Community Medicine*, 34(2),112-116.
- Okanlawon, K. (2010). Contraceptive Use : Knowledge, Perceptions and Attitudes of Refugee Youths in Oru Refugee Camp, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*,1(4), 17-25.
- Okwor, E.U., and Olaseha, I.O. (2010). Married Men's Perception About Spousal Use of Modern Contraceptives : A Qualitative Study in Ibadan Northwest Local Government Area, Southwest Nigeria. *Quarterly of Community Health Education*, 30(3),223-238.
- Olaniyi, R. (2009). Charia, groupes d'autodéfense et gouvernement local à Kano (Nigéria). La lutte pour le contrôle social. Dans C. Benit-Gbaffou, O. Fabiyi et É. Peyroux (dir.), *Sécurisation des quartiers et gouvernance locale. Enjeux et défis pour les villes africaines (Afrique du Sud, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria)*.(303-322).Karthala. OMS (2019). *Contraception*. <http://www.who.int/topics/contraception/fr/> .
- OMS (2018a). *Planification familiale/contraception : Principaux faits*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
- OMS (2018b). *Prévention des avortements à risques*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
- OMS (2018c). *Maltraitance des personnes âgées : Les faits*.<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.
- OMS (2017). *Promouvoir la planification familiale. :*
http://who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/fr/.
- OMS (2016). *Trends in maternal mortality from 1990 to 2015*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1

- Oye-Adeniran, A.B., Adewole, I.F., Umoh, A. V., Ngozi Iwere, N., and Gbadegesin, A. (2005). Induced Abortion in Nigeria : Findings from Focus Group Discussion. *African Journal of Reproductive Health*, 9(1),133-141.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et Sociales*. Armand Colin.
- Papreen, N., Sharma, A., Sabin, K., Begum, L., Ahsan, S. K., and Baqui, A. A. (2000). Living With Infertility : Experiences Among Urban Slum Populations in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 8(15), 33-44.
- Partant, F. (1983). *La fin du développement. Naissance d'une alternative ?* F. Maspero.
- Pashigian, M.J. (2002). Conceiving the Happy Family : Infertility and Marital Politics in Northern Vietnam. Dans M. Inhorn et F. Van Balen (dir.). *Infertility around the Globe : New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies* (134-151). University of California Press,
- Payaud, M., Martinet, A, et Amoussouga, F. (2014). La contribution de la RSE aux objectifs d'un développement durable de l'ONU : Cadre d'analyse et de propositions pour les pouvoirs publics des pays le moins avancés. *Revue française de gestion*, 245, 133-158.
- Perez, B.A.G., Gomes, P, N., Souza Santos, M.F., and Diniz, N.M.F. (2013). Induced Abortion : Social Representations of Women, 21(6).
- Piché, V., et Poirier, J. (1990). Les théories de la transition démographique : Vers une certaine convergence ? *Sociologie et sociétés*, 22(1), 179-192.
- Pires, A. (1997). La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. *Première partie : Épistémologie et théorie* (113-169). Gaëtan Morin.
- Pison, G. (2019). Tous les pays du monde (2019). *Population et sociétés*, 8(569), 1-8 <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2019-8-page-1.htm>.
- PNUD (2018). *Indices et indicateurs de développement humain 2018, Mise à jour* statistique. http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_fr.pdf.
- PNUD (2015). *Les tendances de la pauvreté au Bénin sur la période 2007-2015*. https://www.bj.undp.org/content/benin/fr/home/library/poverty/publication_33511/.

- Poole J.T. (2003). Ackling Poor Parenting : A Public Health Issue. *Journal of Family Health*, 13(2), 49-51.
- Pradhan, R., Wynter, K., and Fisher, J. (2015). Factors Associated With Pregnancy Among Adolescents in Low-Income and Lower Middle-Income Countries : A Systematic Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), 918-924. DOI : 10.1136/jech-2014-205128.
- Praz, A.F., Modak, M., et Messant, F. (2011). Produire des enfants” aujourd’hui : Un défi pour l’analyse féministe. *Nouvelles questions féministes*, 30, 4-10.
- Raymond H. (1968). Analyse de contenu et entretien non-directif : Application au symbolisme de l’habitat. *Revue française de sociologie*, 167-179. DOI : 10.2307/3320589.
- Randall. S., et Mondain, N. (2014). Femmes, travail, milieu de résidence et logement : Nouvelles dimensions du mariage chez les Wolofs au Sénégal. Dans R. Marcoux et P. Antoine (dir.), *Le mariage en Afrique : Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux* (162-186). Presses de l’Université du Québec.
- Rault, W. et Letrait, M. (2010). Formes d’unions différentes, profils distincts ? Une Comparaison des pacsé(es) en couple de sexe différent et des marié.e.s. *Sociologie*, 3(1), 319-336.
- Régulus, S. (2012). *Transmission de la prêtrise vodou : Devenir ougan et manbo en Haïti* [Thèse de doctorat, Université Laval]
- Rioufreyt, T. (2016). *La transcription d’entretiens en sciences sociales : Enjeux, Conseils et Manières de faire*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01339474> .
- Rakotonarivo, A. (2010). La solidarité intergénérationnelle en milieu rural malgache. Le rôle des personnes âgées dans la migration. *Autrepart*, 53, 111-130.
- Roquette, M.L. (1998). Représentations sociales et le triple miroir de la classe. *Québec français*, 31-33.
- Rossier, C., and Hellen, J. (2014). Traditional Birthspacing Practices and Uptake of Family Planning during the Postpartum Period in Ouagadougou : Qualitative Results. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 87-94.
- Rossier, C. (2006). L’avortement : Un secret connu de tous ? Accès aux services d’avortement et implication du réseau social au Burkina Faso . *Sociétés contemporaines*, 41-64.

- Rossier, C., Leridon, H., et L'équipe Cocon (2004). Pilule et préservatif, substitution ou Association ? Une Analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000. *Population*, 449-478.
- Saïzonou, J., Agueh, D. V., Agumon, B., Mongbo, V. A., and Assavedo, S.. (2014). Évaluation de la qualité des services de consultation prénatale recentrée à l'hôpital de district de Suru-Léré au Bénin. *Santé publique*, 2(26).
- Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche qualitative/interprétative en éducation*. Dans T. Karsenti, et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation : Étapes et approches* (123-150). Éditions du CRP.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *La recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (337-360). Presses de l'Université du Québec.
- Sedgh, G., Ashford, L. S., and Rubina Hussain, R. (2016). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries : Examining Women's Reasons for Not Using a Method*, <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>.
- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., Rossier, C., Gerds, C., Tunçalp, O., Johnson Jr, B.R., Johnston, H.B., and Alkema, L. (2016). Abortion Incidence Between 1990 and 2014 : Global, regional, and Subregional Levels and Trends. *Lancet*, 258-67.
- Sedgh, G., and Hussain, R. (2014). Reasons for Contraceptive Nonuse Among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. *Studies in Family Planning*, 45(2).
- Sedgh, G., Hussain, R., Bankole, A., and Singh, S. (2007). *Women With an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and Their Reasons for Not Using a Method*. Segalen, M. (2010). *À qui appartiennent les enfants ?* Paris : Tallandier.
- Shek, T.L.D. (1996). The Value of Children to Hong Kong Chinese Parents. *The Journal of Psychology*, 130(5), 561-569.
- Sibomana, J.P., Byiringiro, F. Uwanyagasani. J., and Mpawenimana, D (2013). Abortion : Attitudes and Knowledge of Women in Reproductive Age in Rwanda. *Rwanda Medical Journal*, 9-13.
- Smith, S. (2013). Reproductive Health and the Question of Abortion in Botswana : A Review. *African Journal of Reproductive Health*, 17(4), 26-34.

- Smirnoff, V. (1992). Définition . Dans V. Smirnoff (dir.). *La psychanalyse de l'enfant* (25-33). Presses universitaires de France. Singh, S., and Darroch, J. E. (2012). *Adding It Up : Costs and Benefits of Contraceptive Services - Estimates for 2012*. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>
- Singh, S., and Maddow-Zimet, I. (2012). *Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting from Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, A Review of Evidence from 26 Countries*. DOI : 10.1111/1471-0528.13552 .
- Srofenyoh, E., and Coleman, J. (2009). The Perception of the Legal, Moral and Religious Status of Induced Abortion Among Individuals Accessing Abortion Services in Ghana. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 347-S347.
- Starrs, A., Ezeh, A.C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R., Coll-Seck, A.M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z.A., Say, L., G.I. Serour, Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A. Popinchalk, A., Summers, C. and Ashford, L. S. (2018). Accelerate Progress – Sexual and Reproductive Health and Rights For All. *The Lancet*, 391, 2642-2692.
- St-Denis, J. et N. St-Amand (2010). « Les pères dans l’histoire : Un rôle en évolution », *Reflets*, 16(1), p. 32-61. <https://doi.org/10.7202/044441ar>.
- Strauss, A., and Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (2è éd) Thousand Oaks.
- Sundstrom, B., Baker-Whitcomb, A., and De Maria, A. L. (2015). A Qualitative Analysis of Long-Acting Reversible Contraception. *Maternal and Child Health Journal*, 19(7), 1507-1514.
- Tabah, L. (1994). Les conférences mondiales sur la population. *Population et sociétés*, <https://www.un.org/fr/conferences/population/bucarest1974>.
- Tchitou, I., et Vignikin, K (2008). Rapports de genre et comportements de fécondité au Togo. *Démographie et cultures*, 927-942.
- Teixeira, M., Guillaume, A., Ferrand, M., A. Adjmagbo, A., and Bajos, N. (2012). Representations and Uses of Emergency Contraception in West Africa. A Social Anthropological Reading of a Northern Medicinal Product. *Social Science & Medicine*, 75, 148-155.

- Thévenon, O. (2009). Assessing the Costs of Children : A Challenge for Policy . Dans M.T., Letablier, A., Luci, A., Math and Thévenon. O. (dir.). *The Costs of Raising Children and the Effectiveness of Policies To Support Parenthood in European Countries : A Literature Review*(17-34) <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00408899/document>.
- Thomas, L.V. (1991). La vieillesse en Afrique noire. *Hommes et migrations*, 1140,27-33 <https://doi.org/10.3406/homig.1991.1597>.
- Timtchueng, M. (2011). Le droit camerounais des successions dépouillé des conceptions civilistes. *Revue générale de droit*, 41(2).
- Tingbé-Azalou, A. (1993). Rites funéraires et exhibitionnisme social en milieu fon du Bénin. *Anthropos*, 88 (1/3), 163-169.
- Tingbé-Azalou, A. (1990). Rites de dation du nom initial de naissance chez les Àjà-Fòn du Bénin cité par R. Sodjiedo (1996). Dans *Le Bénin d'hier et d'aujourd'hui face à la Convention relative aux droits de l'enfant*. [Mémoire de DEA, Université catholique de Lyon]
- Tolley, E., Loza, S., Kafafi, L., and Cummings, S. (2005). The Impact of Menstrual Side Effects on Contraceptive Discontinuation : Findings From a Longitudinal Study in Cairo, Egypt. *International Family Planning Perspectives*, 31(1), 15-23.
- Tort, M. (2013). La psychanalyse devant famille, genre, parentalité : l'affaire du père . Dans G. Neyrand, M. Tort, M. et M.D. Wilpert (dir.). *Père, mère, des fonctions incertaines. Les parents changent, les normes restent ?* (83-104). ERES.
- Tremblay, R., Perrier, Y. (2006) : *Savoir plus : Outils et méthodes de travail intellectuel* (2e éd). Chenelière-éducation.
- Umuhoza, C. (2014). Rwanda : Where abortion can lead to prison. *Conscience. The News Journal of Catholic Opinion*, 34-37.
- UNICEF (2016). *Rapport de l'étude sur la pauvreté et les privations de l'enfant au Bénin*. https://www.unicef.org/benin/NMODA_Benin_final.pdf
- Van Balen, F., et Bos, H.M.W. Bos (2009). The Social and Cultural Consequences of Being Childless in Poor-Resource Areas. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 1(2),106-121.
- Van Balen, F. and Inhorn, M. C (2002). Interpreting Infertility : A view from the Social Sciences. Dans M.C. Inhorn et F. Van Balen (dir.). *Infertility Around the Globe : New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies* (3-32). University of California Press.

- Van Balen, F., and Trimbos-Kemper, T.C.M. (1995). Involuntarily Childless Couples : Their Desire To have Children and Their Motives. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16(3),137-144.
- Van Manen, M. (1997). *Researching Lived Experience Human Science for an Action Sensitive Pedagogy* (2e éd.). Althouse Press.
- Var, C., Keller, S. Tung, R. Yao, L., and Bazzano, A. (2014). Minor Side Effects, Tolerance and Discontinuation of Oral Contraception Among Women in Rural Cambodia, *British Journal of Medicine and Medical Research*, 4(31) 4982-5002.
- Vézina, J. (2010). *Les politiques de stérilisation sexuelle au Canada et aux États-Unis : Une Pratique à l'intersection de rapports de genre, de race et de classe*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]
- Vidal, C. (1986). Funérailles et conflit social en Côte-d'Ivoire . <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/024009.pdf>.
- Vignikin, K. (2007). Famille et relations intergénérationnelles : Réflexions sur les Évolutions en cours en Afrique. Dans P. Antoine (dir.), *Relations intergénérationnelles en Afrique : Approches plurielles* (19-29). Les collections du CEPED..
- Vimard, P. et Fassassi, R. (2011). Démographie et développement en Afrique : éléments Rétrospectifs et prospectifs. *Cahiers québécois de démographie*, 40(2) 331-364.
- Vimard, P. (2007). Synthèse : Entre présent contrasté et avenir incertain : La démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne. Dans Benoît Ferry (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : Un avenir incertain*. (329-367).Karthala.
- Vimard, P. et Fassassi (2007). La demande d'enfants en Afrique subsaharienne. Dans B. Ferry (dir), *L'Afrique face à ses défis démographiques : Un avenir incertain* (197-252). Karthala.
- Voelklein, C. et Howarth, C. (2005). A Review of Controversies About Social Representations Theory : A British Debate. *Culture and psychology*, 11(4), 431-454.
- Vlassoff, M., Shearer, J., Walker, D., and Lucas, H. (2008). *Economic Impact of Unsafe Abortion-Related Morbidity and Mortality : Evidence and Estimation Challenges*. <https://www.ids.ac.uk/download.php?file=files/dmfile/RR59.pdf>.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., et Jackson, D. D. (1972). *Une logique de la communication*. Éditions du Seuil.

- Wiersema, N. J., Drukker, A. J., Mai, B.T.D., Giang, H.N., Nguyen, T.N., and Lambalk, C. B. (2006). Consequences of Infertility in Developing Countries : Results of a Questionnaire and Interview Survey in the South of Vietnam. *Journal of Translational Medicine*, vol. 4(54).
- Widge, A. (2005). Seeking conception : Experiences of urban Indian women with in vitro fertilization. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 226-233.
- Withers, M., Dworkin, S.L. , Onono, M., Oyier, B. Cohen, C. R. Bukusi et S.J. Newmann (2015). Men's Perspectives on Their Role in Family Planning in Nyanza Province, Kenya. *Studies in Family Planning*, 46(2), 201-215.
- Zeno, C. (2013). *Réflexion sur la contraception masculine-contribution à la critique du Patriarcat*. <http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2013/11/Brochure-Contraception-Masculine.pdf>.

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Titre du projet:	Rapport des couples mariés à la contraception : Cas du Bénin
Nom de l'étudiant:	Togla Aymard AGUESSIVOGNON
Programme d'études:	Doctorat interdisciplinaire en santé et société
Direction de recherche:	Audrey GONIN

Objet : Fin du projet

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a bien reçu votre rapport éthique final et vous en remercie. Ce rapport répond de manière satisfaisante aux attentes du comité.

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Cordialement,



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH